

— **Stellungnahme**
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

— **Referentenentwurf**

zur

**Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur
wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser**

vom 24. März 2021

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	3
Zu § 1 Sonderregelung zur 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Fälle	5
Zu § 2 Sonderregelung bei besonders hoher 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus- SARS-CoV-2-Fälle.....	6
Zu § 3 Erweiterung der Bestimmungsmöglichkeit gemäß § 21 Absatz 1a Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	7
Zu § 4 Verlängerung von Fristen nach den §§ 21 und 22 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie nach den §§ 111d und 417 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	7
Zu § 5 Erlösausgleiche für das Jahr 2021	8

Allgemeiner Teil

Die Krankenhäuser begrüßen den im vorliegenden Referentenentwurf geplanten Ganzjahreserlösausgleich. Der Ausgleich ist eine wichtige Maßnahme zur wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser unter den außergewöhnlichen Bedingungen in der fortdauernden Pandemie.

Der Ganzjahreserlösausgleich sichert das Gesamtjahr 2021 wirtschaftlich ab. Er kann aber keinen Beitrag für die Aufrechterhaltung der Liquidität der Krankenhäuser leisten. Die aktuellen Ausgleichszahlungen stehen nur einem Bruchteil der Krankenhäuser zu, obwohl alle Krankenhäuser pandemiebedingte Erlösrückgänge zu verzeichnen haben. Die Ausgestaltung der Ausgleichszahlungen ist deshalb grundsätzlich nicht sachgerecht und viel zu kleinteilig und kurzfristig. Die Verknüpfung der Regelungen an 7-Tage-Inzidenzwerte, freie Intensivkapazitäten und stationäre Notfallstufen wird der tatsächlichen Versorgungssituation vor Ort nicht gerecht. Daran ändert auch die im Verordnungsentwurf geplante Absenkung der 7-Tage-Inzidenz von 70 auf 50 und die Verlängerung bis Ende Mai grundsätzlich nichts.

Ausdrücklich begrüßt wird von den Krankenhäusern die Verlängerung des 5-Tage-Zahlungsziels für Krankenhausabrechnungen bis zum Jahresende. Als einziges Instrument für die Liquiditätssicherung greift es jedoch zu kurz. Die Krankenhäuser fordern weiterhin eine für alle Kliniken geltende Liquiditätshilfe als Abschlagszahlung auf das Budget. Den gesetzlichen Krankenkassen entstehen dadurch keine Mehrausgaben, da die Liquiditätshilfen später im Ganzjahresausgleich verrechnet werden. Für die Krankenhäuser ist die Bedeutung aber ungleich größer, da damit der laufende Betrieb und insbesondere die Personalkosten gesichert werden können. Mindestens ist eine ergänzende Regelung notwendig im Sinne eines Vorgriffs auf den Ganzjahresausgleich zur Sicherstellung der Liquidität für Krankenhäuser, die keine oder nur geringe Ausgleichszahlungen erhalten.

Der Ganzjahreserlösausgleich ist grundsätzlich in seiner technischen Ausgestaltung sachgerecht. Dringenden Anpassungsbedarf sehen die Krankenhäuser jedoch zu den folgenden beiden, im Referentenentwurf angelegten, Rahmenvorgaben:

1. Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs im Jahr 2021 gegenüber 2019 sollen gemäß dem Entwurf nur 95 % der für 2019 ermittelten Erlöse als Vergleichsgröße herangezogen werden.
2. Der Ausgleichssatz für pandemiebedingte Erlösrückgänge soll durch die Selbstverwaltungspartner in einem Korridor zwischen 75 % und 95 % festgelegt werden.

Der 5 %-Abzug auf die Erlöse 2019 ist in keiner Weise gerechtfertigt. Auch die Argumentation in der Verordnungsbegründung ist zurückzuweisen. Die bestmögliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten hat für die Krankenhäuser stets höchste Priorität. Dazu benötigen sie keine externen Anreize im Rahmen der Vergütung, zumal der nur anteilige Ganzjahreserlösausgleich an sich schon einen Vergütungsanreiz zur Leistungserbringung darstellt. Sollte dennoch an einem Abschlag auf das Erlösbudget 2019

festgehalten werden, so darf dieser maximal 1 % betragen und diese Mindererlöse sind dann zumindest mit dem regulär vorgesehenen Mindererlösausgleichssatz auszugleichen.

Darüber hinaus sollte der Ausgleichssatz für pandemiebedingte Erlösrückgänge direkt vom Gesetzgeber festgelegt werden, damit frühzeitig Planungs- und Rechtssicherheit hergestellt wird und sichergestellt ist, dass die coronabedingten Erlösverluste der Krankenhäuser adäquat kompensiert werden. Der Ausgleichssatz muss daher mindestens 85 % betragen. Ebenfalls direkt gesetzlich festzulegen ist der Anrechnungssatz der Ausgleichszahlungen im Erlösausgleich 2021. Die Selbstverwaltungspartner hatten sich für 2020 auf 85 % als für die stationären Erlöse relevanten Anteil geeinigt. Um auch hier Planungssicherheit zu schaffen und konfliktreichen Verhandlungen vorzubeugen, sollte der Anrechnungssatz für die Ausgleichszahlungen auch für 2021 auf 85 % gesetzlich festgeschrieben werden. Sollte hier an einer Verhandlungslösung festgehalten werden, ist die Frist zur Vereinbarung auf den 30. Mai 2021 vorzuverlegen, um Planbarkeit für die Krankenhäuser bereits im laufenden Wirtschaftsjahr zu schaffen.

Für großen Unmut in den Krankenhäusern sorgen die überbordenden Dokumentations- und Nachweispflichten, denen die Krankenhäuser trotz der zusätzlichen Pandemiebelastungen weiterhin ausgesetzt sind. Starre Personalvorgaben behindern den dringend benötigten flexiblen Personaleinsatz. Zusätzlich binden aufwendige MD-Rechnungsprüfungen medizinisches Personal, das dringender für die Patientenversorgung benötigt wird. Vor diesem Hintergrund betrachten die Krankenhäuser auch für das Pandemiejahr 2021 eine Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen und eine Absenkung der MD-Prüfquote auf 5 % als zwingend erforderlich. Die nach aktuellem Stand im Sommer 2021 anlaufenden Strukturprüfungen sind ebenfalls auszusetzen und um ein Jahr zu verschieben.

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Pandemiegeschehens erscheint auch der von den Vertragsparteien auf Bundesebene im September 2020 entwickelte und gemeinsam vorgeschlagene vorläufige Pflegeentgeltwert in Höhe von 163,09 € nicht mehr sachgerecht. Zur Kompensation etwaiger Erlösrückgänge muss die Anwendung eines festen Pflegeentgeltwertes in Höhe von 185,- € ab dem 01.04.2021 fortgesetzt werden.

Besonderer Teil

Referentenentwurf zur Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Zu § 1

Sonderregelung zur 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Fälle

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der in § 1 vorgesehenen Absenkung des Schwellenwertes auf 50 Neuinfektionen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern innerhalb von sieben Tagen wird der nach wie vor angespannten Situation in den Krankenhäusern vor dem Hintergrund der „dritten Welle“ der Corona-Pandemie begegnet. Zukünftig kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Krankenhäuser für Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a Satz 1 KHG bestimmen, wenn in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt, die 7-Tage-Inzidenz über 50 pro 100.000 Einwohner liegt.

Stellungnahme

In der derzeitigen Lage zeigt sich, dass pandemiebedingte Erlösausfälle nur zu einem geringen Anteil durch „aktives Freihalten“ entstehen. Vielmehr ist den Krankenhäusern in massivem Umfang Liquidität dadurch entzogen, dass unter anderem durch die notwendigen Maßnahmen des Infektionsschutzes (Abstandsregeln etc.), den erforderlichen Personalkonzentrationsmaßnahmen aufgrund von Personalausfällen und der nach wie vor starken Zurückhaltung elektiver Patienten, die regulären Leistungen nicht erbracht und damit Erlöse nicht erzielt werden können. Diese Problematik betrifft ausnahmslos alle Krankenhäuser und nicht nur Krankenhäuser in Corona-Hotspots. Die beschriebenen Erlösausfälle betreffen somatische und psychiatrische bzw. psychosomatische Kliniken gleichermaßen. Mit der in der Rechtsverordnung vorgeschlagenen Absenkung der 7-Tage-Inzidenz wird ein erster Schritt in diese Richtung unternommen, der allerdings nicht ausreichend ist, um die Liquidität nachhaltig zu sichern.

Erlössichernde Liquiditätshilfen müssen deshalb allen Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Kriterien wie Inzidenzquoten oder Intensivbelegung werden der Problematik nicht gerecht. Diese Parameter betreffen einen Großteil der Kliniken mit Belegungsrückgängen nicht und sind daher ungeeignet, um eine Liquiditätshilfe zu steuern und sollten deshalb gestrichen werden. Das Mittel der Wahl für Liquiditätshilfen ist die Fortführung der Ausgleichszahlungen nach der bis 30. September geltenden Systematik. Dazu müssen rückwirkend ab dem 01. März 2021 alle Kliniken (im Anwendungsbereich KHEntgG und BPfIV) eine Liquiditätshilfe nach der bis zum 30. September 2020 für die Ausgleichszahlungen geltenden Systematik erhalten.

Zusätzliche Ausgaben für die Kassen entstehen nicht, da die geflossenen Ausgleichszahlungen im Rahmen des Ausgleichs zurückgezahlt werden.

Alternativ kann eine ergänzende Regelung im Sinne eines Vorgriffs auf den Ganzjahresausgleich zur Sicherstellung der Liquidität für Krankenhäuser, die keine oder nur geringe Ausgleichszahlungen erhalten, vorgesehen werden. Mindestens aber sollten die Länder in die Lage versetzt werden, für Krankenhäuser mit großen Liquiditätsproblemen entsprechende Liquiditätshilfen unabhängig von den vorgegebenen Kriterien vorzusehen. Die Zahlungen laufen über die etablierte Systematik des § 21a KHG.

Änderungsvorschlag

§ 1 wird gestrichen und ersetzt durch:

„Ab 01.03.2021 sind alle zugelassenen Krankenhäuser anspruchsberechtigt, Ausgleichszahlungen für die Ausfälle der Einnahmen, die dadurch entstehen, dass Betten nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, zu erhalten. Die in § 21 Absatz 1a, 2a und 4a KHG genannten Vorgaben gelten bis zum 28.02.2021. Eine Bestimmung der Krankenhäuser durch die zuständige Landesbehörde findet ab 01.03.2021 nicht mehr statt. Für die Ausgleichszahlungen für die Ausfälle der Einnahmen, die seit dem 01.03.2021 dadurch entstehen, dass Betten nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, gelten die Absätze 1, 2, 3, 4, 8 und 9 des § 21 KHG in Verbindung mit der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 03.07.2020 entsprechend.“

Hilfsweise:

Ergänzung zu § 1:

In begründeten Ausnahmefällen kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für den Zeitraum ab dem 01.03.2021 auch weitere Krankenhäuser für Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmen.

Zu § 2

Sonderregelung bei besonders hoher 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Fälle

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung entspricht § 2 der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a KHG, die zuletzt mit der Verordnung vom 24. Februar 2021 geändert worden ist.

Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu § 1.

Änderungsvorschlag

§ 2 wird ersatzlos gestrichen.

Zu § 3

Erweiterung der Bestimmungsmöglichkeit gemäß § 21 Absatz 1a Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung entspricht § 3 der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a KHG, die zuletzt mit der Verordnung vom 24. Februar 2021 geändert worden ist.

Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu § 1.

Änderungsvorschlag

§ 3 wird ersatzlos gestrichen.

Zu § 4

Verlängerung von Fristen nach den §§ 21 und 22 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie nach den §§ 111d und 417 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 4 wird die Frist, in der Krankenhäuser für Einnahmeausfälle Ausgleichszahlungen erhalten können sowie die die Frist, für die Ermittlung der Höhe der ihnen zustehenden Ausgleichszahlungen, bis zum 31. Mai 2021 verlängert.

Zudem werden die Fristen für die Gewährung von Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie die Möglichkeit für die Länder, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als Ersatzkrankenhäuser zu bestimmen, bis 31. Mai 2021 verlängert.

Weiterhin wird der Geltungszeitraum der Übergangsregelung, wonach Krankenhausrechnungen innerhalb von fünf Tagen von den Kostenträgern zu begleichen sind, bis zum 31. Dezember 2021 verlängert.

Stellungnahme

Die Verlängerung der Maßnahmen ist vor dem Hintergrund des zunehmenden Infektionsgeschehens als positiv zu bewerten. Besonders hervorzuheben ist hierbei die Verlängerung der Übergangsregelung, wonach Krankenhausrechnungen innerhalb von fünf Tagen von den Kostenträgern zu begleichen sind, bis zum 31. Dezember 2021. Diese Verlängerung trägt erheblich dazu bei, die massiv angespannte Liquiditätssituation in den Krankenhäusern zu verbessern. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass diese Maßnahme allein zur Sicherung der Liquidität der Krankenhäuser nicht ausreicht. Hierzu braucht es weitere Maßnahmen der Liquiditätssicherung (siehe die Ausführungen hierzu unter § 1).

Durch die kurzfristige Verlängerung der Ausgleichszahlungen bis zum 31.05.2021 haben die Krankenhäuser nach wie vor keine ausreichende Liquiditätssicherheit für einen längeren Zeitraum. Angesichts der absehbar weiter bestehenden Pandemielage sind die Ausgleichszahlungen für das gesamte Jahr 2021 vorzusehen.

Änderungsvorschlag

Die Fristen werden auf den 31. Dezember 2021 verlängert. Siehe Änderungsvorschlag zu Paragraf 1.

Zu § 5

Erlösausgleiche für das Jahr 2021

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen des § 5 wird der mit dem Krankenhauszukunftsgesetz für das Jahr 2020 eingeführte Ausgleich von coronabedingten Erlösrückgängen auf das Jahr 2021 ausgedehnt. Neu eingeführt wird ein Ausgleich von Erlösanstiegen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019, sofern das Krankenhaus für das Jahr 2021 Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG erhalten hat. Der Ausgleich von Erlösanstiegen wird dabei auf den Anteil der Erlösanstiege begrenzt, der auf die Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG zurückzuführen ist. Die Vereinbarung kann unabhängig von den regulären Budgetvereinbarungen nach KHEntgG und BPfIV erfolgen.

Zu Absatz 1:

Die Vertragsparteien auf der Bundesebene werden mit Satz 1 dazu beauftragt, das Nähere über den Ausgleich eines im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund der Corona-Pandemie entstandenen Erlösrückgangs sowie eines im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 entstandenen Erlösanstiegs, der auf Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das Jahr 2021 zurückzuführen ist, bis zum 30.11.2021 vereinbaren. Die Inhalte der Vereinbarung orientieren sich im Wesentlichen an der Vereinbarung nach § 21 Abs. 10 KHG. Die Regelungen werden um die Beauftragung zur Vereinbarung eines Korridors für den Ausgleichssatz für Erlös-

rückgänge zwischen 75 % und 95 % ergänzt. Zudem sind erneut Kriterien und deren Nachweise zu vereinbaren, auf denen ein Erlösanstieg, der auf Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG für das Jahr 2021 zurückzuführen ist, festgestellt werden kann.

Für einen Vergleich der Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 soll die Preisentwicklung anhand des durchschnittlichen Anstiegs der Landesbasisfallwerte für die Jahre 2020 und 2021 erhöhend bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2019 berücksichtigt werden.

Zudem ist nochmals der Anteil der Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG zu ermitteln, der zum Ersatz der entgangenen Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen dient.

Zu Absatz 2:

Es wird geregelt, dass Krankenkassen einen Ausgleich von Erlösanstiegen gegenüber Krankenhäusern geltend machen können, sofern diese Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG erhalten haben. Sofern bei der Anwendung des Ausgleichs ein Erlösanstieg identifiziert wird, der kleiner ist als die Summe der zu berücksichtigenden Ausgleichszahlungen, ist die Rückzahlung auf den Teil der Ausgleichszahlungen begrenzt, die zu dem Erlösanstieg gegenüber dem Jahr 2019 geführt haben. Sofern der Erlösanstieg der Summe der zu berücksichtigenden Ausgleichszahlungen entspricht oder diese übersteigt, ist die Summe der zu berücksichtigenden Ausgleichszahlungen vollständig zurückzuzahlen.

Die Krankenhäuser können den Ausgleich von coronabedingten Erlösrückgängen optional fordern. Bei der Anwendung der Ausgleichs von Erlösrückgängen sind nur 95 Prozent der Erlöse 2019 als Budget-Referenzwert heranzuziehen.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt ausdrücklich die Initiative des BMG, den Ausgleich coronabedingter Erlösrückgänge auf Basis der Systematik des Ausgleichs nach § 21 Abs. 10 KHG auf das Jahr 2021 auszudehnen.

Die DKG erkennt an, dass auch die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in den Ausgleich einbezogen werden und begrüßt dies ausdrücklich.

Als positiv ist zudem zu beurteilen, dass der Ausgleich auch weiterhin unabhängig von der Budgetvereinbarung vereinbart werden kann. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass viele Budgets nur noch retrospektiv verhandelt und vereinbart werden.

Die Intention des Verordnungsgebers, die rechtlichen Rahmenbedingungen für einen krankenhausesindividuellen Ausgleich von Erlösanstiegen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 vorzugeben, soweit diese Erlösanstiege auf den Erhalt von Ausgleichszahlungen zurückzuführen sind, ist sachgerecht umgesetzt. Lediglich in § 5 Abs. 2 Satz 5 ist im zweiten Halbsatz der Bezug von Absatz 1 Satz 2 auf Absatz 1 Satz 3 zu ändern.

Der Auftrag an die Vertragsparteien unter Einbeziehung des pandemischen Geschehens einen Ausgleichssatz zwischen 75 und 95 Prozent festzulegen, lässt sich inhaltlich nicht begründen. Obwohl die konkreten Covid-19-Behandlungsfälle entsprechend der sinnvollerweise nach Versorgungsebenen abgestuften Patientenversorgung unterschiedlich auf die Krankenhäuser verteilt sind, sind die Krankenhäuser dennoch weitgehend gleichermaßen von den vielfältigen direkten und indirekten Auswirkungen der Corona-Pandemie betroffen. Alle Krankenhäuser müssen beispielsweise spezielle und umfassende Hygienemaßnahmen umsetzen, Umstrukturierungen vornehmen und überdurchschnittliche Personalausfälle verkraften. Daher sollten diese Auswirkungen durch einen einheitlichen Ausgleichssatz ausgeglichen werden. Krankenhäuser, die nur wenige bzw. keine Ausgleichszahlungen erhalten haben, sind außerdem bereits bei der Kompensation von sonstigen Erlösen schlechter gestellt.

Zudem sind die Verhandlungen dieser Differenzierung äußerst Streitbehaftet und führen absehbar dazu, dass die Krankenhäuser erst spät am Ende des Jahres eine Rechtssicherheit über den tatsächlichen Ausgleichssatz erhalten würden. Da diese frühzeitige Rechtssicherheit aber notwendig ist, um das Jahr 2021 entsprechend planen zu können, ist der Ausgleichssatz durch den Ordnungsgeber auf mindestens 85 % festzusetzen. Da die Sachkosten schon über den bereinigten Katalog berücksichtigt werden, ist eine weitergehende Absenkung nicht gerechtfertigt.

Um Konfliktpotentiale bei der Verhandlung auf der Bundesebene zu vermeiden, ist auch der Anteil der Ausgleichszahlungen, welcher zum Ersatz der entgangenen Erlöse für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen zu berücksichtigen ist, mit 85 Prozent vorzugeben. Dieser Wert wurde bereits in der ersten Vereinbarung nach § 21 Abs. 10 KHG festgelegt und sollte – ohne eine erneute Verhandlung in der Selbstverwaltung – erneut so festgesetzt werden.

Zudem ist der Termin zur Vereinbarung der Vertragsparteien auf der Bundesebene zum Ausgleich mit Ende November zu spät gesetzt. Sofern die Details des Ausgleichs nicht festgelegt sind, besteht für die Krankenhäuser weiterhin eine wirtschaftliche Unsicherheit über den tatsächlichen Ausgleich. Um hier rechtzeitig Klarheit zu schaffen, sollte das Vereinbarungsdatum auf den 31. Mai 2021 vorgezogen werden. Sofern der Ordnungsgeber elementare Dinge wie den Ausgleichssatz und der Anrechnungssatz der Ausgleichszahlungen bereits festgelegt hat, kann die Vereinbarung auch frühzeitig geschlossen und somit Planungssicherheit für die Krankenhäuser hergestellt werden.

Mit der Begründung Versorgungsanreize aufrecht zu erhalten und dem allgemeinen Niveau der Leistungsentwicklung Rechnung zu tragen, wird eine Regelung installiert, wonach bei der Ermittlung eines Erlösrückgangs nur 95 Prozent der Erlöse für das Jahr 2019 den Erlösen für das Jahr 2021 gegenübergestellt werden. Dies führt im Ergebnis dazu, dass Krankenhäuser erst einen Erlösausgleich geltend machen können, wenn der Erlösrückgang gegenüber 2019 größer als 5 Prozent ausfällt. Bei einem Erlös von 100 Mio. € würden somit bereits 5 Mio. € Erlöse in Gänze nicht ausgeglichen. Gerade in der weiterhin bestehenden Pandemie dürfen aber die dringend benötigten personellen Vorhaltungen und die Leistungsbereitschaft der Krankenhäuser nicht gefährdet werden, da die Versorgung weiterhin sicherzustellen ist. Die Begründung der Erlösabsenkung in 2019 mit der Entwicklung des allgemeinen Leistungsniveaus kann zudem nicht aus der

Krankenhausstatistik abgeleitet werden. Zuletzt war aus den Daten der Statistik in 2019 eine Stagnation des Fallzahlrückgangs bzw. ein leichter Anstieg ableitbar.

	Fallzahl	Veränd.
2015	19.239.574	
2016	19.532.779	1,5%
2017	19.442.810	-0,5%
2018	19.392.466	-0,3%
2019	19.415.555	0,1%

Auch der Versorgungsanreiz stellt keine hinreichende Begründung für die Absenkung der Erlöse des Jahres 2019 dar. Schon durch den anteiligen Ausgleichssatz, der erst nach Abzug der Sachkosten Anwendung findet, ist ein ausreichender Versorgungsanreiz gegeben.

Insofern ist die von der Politik geforderte Leistungsbereitschaft auch in vollem Umfang abzusichern. Angesichts einer erkennbaren Tendenz eines leichten Leistungsrückgangs vor 2020 wäre allenfalls eine Absenkung um 1% tolerierbar, sofern der Verordnungsgeber an diesem Instrument festhält. Auf diesen Erlösrückgang sollten dann jedoch zumindest die regulären Mindererlösausgleichssätze nach § 4 Abs. 3 KHEntgG bzw. § 3 Abs. 7 BPfIV zur Anwendung kommen.

Mit der Ergänzung in § 5 Abs. 1 Satz 2 der Verordnung geht der Verordnungsgeber auf einen Hinweis der DKG aus der Stellungnahme zu den Formulierungshilfen des Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) ein, wonach bei dem Erlösvergleich zwingend die Kosten- bzw. die Preisentwicklungen (ausgehend vom Referenzjahr 2019) zu berücksichtigen sind. Dies soll auf Basis des durchschnittlichen Anstiegs der Landesbasisfallwerte für die Jahre 2020 und 2021 erfolgen. Diese Vorgabe würde allerdings in Bezug auf Entgelte im Anwendungsbereich der BPfIV als auch bei krankenhaushausindividuellen Entgelten zu nicht sachgerechten Ergebnissen führen, da diese Entgelte nicht mit dem Landesbasisfallwert bewertet werden. In der Vereinbarung nach § 21 Abs. 10 KHG haben sich die Vertragsparteien auf die folgende Berücksichtigung der Kosten- und Preisentwicklung geeinigt:

- Bewertung der DRG-Fallpauschalen 2019 mit dem Landesbasisfallwert des Jahres 2020 einschließlich Ausgleichs und Berichtigungen
- Bewertung der bewerteten PEPP-Entgelte und ET mit dem zuletzt vereinbarten krankenhaushausindividuellen Basisentgeltwert ohne Ausgleichs- und Ausgleichsbeträge aus Berichtigungen
- Bewertung der bundeseinheitlich bewerteten Zusatzentgelten 2019 mit den in den Katalogen nach § 21 Abs. 10 Satz 5 KHG ausgewiesenen Euro-Beträgen
- Bewertung der krankenhaushausindividuellen Entgelte 2019 mit den in der letzten Budgetvereinbarung zugrunde gelegten Beträge, bereinigt um die darin enthaltenen variablen Sachkosten (und Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen für den KHEntgG-Bereich)

Um dies auch weiterhin so umsetzen zu können, sollte eine Klarstellung dahingehend vorgenommen werden, dass bei der Vergleichsbetrachtung der Erlöse für das Jahr 2019 und 2021 diese mit demselben Preisniveau gegenüberzustellen sind.

In der Vereinbarung nach § 21 Abs. 10 KHG der Bundesparteien für einen Erlösausgleich des Jahres 2020 wurden bereits die Ausnahmetatbestände und die Nachweisanforderungen vereinbart. Da sich die grundsätzliche Systematik des Ausgleiches an dieser Stelle nicht verändert, sollten diese Festlegungen möglichst bereits gesetzlich vorgegeben werden. Explizit aufgenommen werden sollte zudem auch, dass Anpassungen des Referenzwertes für 2019 durch das Land berücksichtigt werden. Auch damit könnte frühzeitig Planungs- und Rechtssicherheit für die Krankenhäuser hergestellt werden. Dies ist in einer erneut sehr dynamischen Pandemie-Phase für die Krankenhäuser von hoher Bedeutung.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

(1) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren bis zum ~~31. November~~ **Mai** 2021 das Nähere über den Ausgleich eines im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus-SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs sowie eines im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 entstandenen Erlösanstiegs, der auf Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das Jahr 2021 zurückzuführen ist, insbesondere

1. Einzelheiten für die Ermittlung der Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen für die Jahre 2019 und 2021,
2. Kriterien, anhand derer ein im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus-SARS-CoV-2 entstandener Erlösrückgang oder ein im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 entstandener Erlösanstieg, der auf Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das Jahr 2021 zurückzuführen ist, festgestellt wird,
3. Einzelheiten zum Nachweis der Erfüllung der nach Nummer 2 vereinbarten Kriterien. **und**
- ~~4. in der Spanne zwischen 75 Prozent und 95 Prozent die Höhe des Ausgleichssatzes für einen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus-SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang.~~

~~Bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2019 ist der durchschnittliche Anstieg der Landesbasisfallwerte für die Jahre 2020 und 2021 erhöhend zu berücksichtigen. Bei der Vergleichsbetrachtung der Erlöse für das Jahr 2019 und 2021 sind diese mit demselben Preisniveau gegenüberzustellen. Bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2019 sind die im jeweiligen Bundesland durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bereits für das Jahr 2020 bestimmten, angepassten Referenzwerte nach § 21 Abs. 2 KHG anzuwenden. Die in der Vereinbarung nach § 21 Abs. 10 KHG in § 6 Abs. 2 bis 5 vereinbarten Kriterien sind fortzuschreiben. Diese lauten wie folgt:~~

1. **Nicht coronabedingte Erlösrückgänge liegen zudem vor, wenn diese auf planerische Maßnahmen des Landes (Schließung von Abteilungen), Naturkatastrophen oder Großschadensereignisse oder eingeleitete Insolvenzverfahren des Krankenhauses zurückzuführen sind.**
2. **Um für die Jahre 2019 und 2021 eine vergleichbare Ausgangsbasis zu gewährleisten, ist bei der Ausgleichsberechnung der Budget-Referenzwert 2019 um Erlösanteile für Leistungen zu bereinigen, die im Jahr 2021 aufgrund der in Satz 1 genannten Ursachen nicht entstanden sind.**
3. **Sofern Anpassungen des Referenzwerts durch das Land vorgenommen wurden, sind diese entsprechend nachzuvollziehen.**
4. **Die Vergleichsgröße 2021 ist um Erlösanteile zu bereinigen, die auf krankenhausplanerische Maßnahmen (Eröffnung einer Abteilung) zurückzuführen sind.**

Bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2021 sind auch die Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu berücksichtigen, soweit sie entgangene Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen für das Jahr 2021 ersetzen; variable Sachkosten sind bei der Erlösermittlung für die Jahre 2019 und 2021 mindernd zu berücksichtigen. **Der Anteil der Ausgleichszahlungen nach § 21 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der entgangene Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen für das Jahr 2021 ersetzt, beträgt 85 Prozent. Der Ausgleichssatz für einen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus –SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs beträgt 85 Prozent.** Die Zusatzentgelte nach § 26 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes sowie Zuschläge nach § 21 Absatz 11 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 5 Absatz 3g und 3i des Krankenhausentgeltgesetzes und § 5 Absatz 6 der Bundespflegesatzverordnung sind bei der Erlösermittlung für das Jahr 2021 nicht zu berücksichtigen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung auch ohne Antrag einer Vertragspartei bis zum Ablauf des **30. Juni Dezember** 2021 fest. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für die Vereinbarung der Erlöse nach Absatz 2 Satz 1 um die variablen Sachkosten bereinigte Entgeltkataloge für die pauschalierenden Entgeltsysteme nach den §§ 17b und 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das Jahr 2021 barrierefrei auf seiner Internetseite.

(2) Auf Verlangen einer Vertragspartei nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind die jeweils anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verpflichtet, aufgrund der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 oder der Festlegung nach Absatz 1 Satz 5 die Erlöse für die Jahre 2019 und 2021, den im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus-SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang oder bei Erhalt von Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das Jahr 2021 einen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 entstandenen Erlösanstieg sowie einen Ausgleich für den Erlösrückgang oder den Erlösanstieg zu vereinbaren. Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs sind **99,5** Prozent der aufgrund der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1

oder der Festlegung nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2019 ermittelten Erlöse zugrunde zu legen. **Der Erlösrückgang in Höhe von bis zu 1 Prozent ist mit den regulären Ausgleichssätzen für Mindererlöse nach § 4 Abs. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. § 3 Abs. 7 der Bundespflegesatzverordnung auszugleichen.** Die Vereinbarung nach Satz 1 kann unabhängig von den Vereinbarungen nach § 11 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung getroffen werden. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multiplizieren den nach Absatz 1 ~~Satz 5 1 Nummer 4 vereinbarten oder nach Absatz 1 Satz 4~~ festgelegten Ausgleichssatz für Erlösrückgänge mit dem ermittelten Erlösrückgang. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren einen vollständigen Ausgleich des ermittelten Erlösanstiegs, sofern der Erlösanstieg unterhalb der nach Absatz 1 Satz 2 3 zu berücksichtigenden Summe der Ausgleichszahlungen liegt, oder einen vollständigen Ausgleich der nach Absatz 1 Satz 3 zu berücksichtigenden Ausgleichszahlungen, sofern der Erlösanstieg der Summe der nach Absatz 1 Satz 3 zu berücksichtigenden Ausgleichszahlungen entspricht oder darüber liegt. Der nach Satz 4 oder Satz 5 errechnete Ausgleichsbetrag wird durch Zu- oder Abschläge auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen fest. Die Genehmigung der Vereinbarung nach Satz 1 oder der Festsetzung nach Satz 7 ist von einer der Vertragsparteien nach Satz 1 bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung oder die Festsetzung den Regelungen in diesem Absatz und in Absatz 1 sowie sonstigem Recht entspricht. § 14 Absatz 2 Satz 1 und 3 und Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Unabhängig davon, ob eine Vereinbarung nach Satz 1 über den Ausgleich eines Erlösrückgangs oder eines Erlösanstiegs getroffen wird, sind Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 3 Absatz 7 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2021 ausgeschlossen.