

—

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum**

—

**Referentenentwurf**

**Vierte Verordnung zur Änderung der Verordnung zur  
Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen  
Sicherung der Krankenhäuser und zur Änderung der  
Hygienepauschaleverordnung**

**Stand: 24. März 2022**

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeiner Teil</b> .....	<b>3</b>
<b>Besonderer Teil</b> .....	<b>5</b>
<b>Artikel 1 Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser</b> .....	<b>5</b>
Zu Nummer 1 bis 4 Verlängerung der Ausgleichszahlungen .....	5
Zu Nummer 5 Verlängerung Versorgungsaufschläge .....	7
Zu Nummer 6 Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen von COVID-19 (Verdachts-) Fällen .....	7
Zu Nummer 7 Verlängerung der Übergangsregelung zur Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen, § 415 Satz 1 SGB V .....	8
<b>Artikel 2 Änderung der Hygienepauschaleverordnung</b> .....	<b>10</b>
<b>Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf</b> .....	<b>12</b>

---

## Allgemeiner Teil

---

Deutschlands Krankenhäuser versorgen aktuell 25.478 Covid-19 positiv getestete Patientinnen und Patienten (Stand: 22.03.2022). Für die Normalstationen weist das Belegungsmonitoring der Deutschen Krankenhausgesellschaft derzeit 23.106 Covid-Patientinnen und Patienten aus. Dies entspricht einem Anstieg gegenüber der Vorwoche von 9,6 %. Einzelne Bundesländer (Sachsen, Schleswig-Holstein und das Saarland) verzeichnen sogar einen Anstieg von rund 20 %. Nach einer kurzen Phase der Entspannung steigen die Patientenzahlen auch auf den Intensivstationen aktuell wieder an. Der noch moderate Anstieg der Covid-19-Intensivbelegungen (+ 5,5 % gegenüber der Vorwoche) wird sich angesichts der Rekordwerte bei der bundesweiten Covid-19-Inzidenz in den kommenden Wochen deutlich verschärfen. Schon heute verzeichnen die ersten Bundesländer einen Anstieg der Covid-19-Intensivbelegungen von über 20 % (Brandenburg, Thüringen).

Angesichts dieser Entwicklungen findet die von Bundesgesundheitsminister Lauterbach jüngst getroffene Aussage, dass die Lage objektiv viel schlechter sei als die Stimmung, die volle Zustimmung der Krankenhäuser. Gleiches gilt für die Einschätzung des Ministers und des Corona-ExpertInnenrates, dass angesichts der nach wie vor unbefriedigenden Impfsituation spätestens im Herbst mit einer erneuten Pandemie-Welle gerechnet werden muss.

Umso unverständlicher und enttäuschender ist der nun vorliegende Verordnungsentwurf zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Sämtliche bislang getroffenen Maßnahmen zur Erlös- und Liquiditätssicherung der Krankenhäuser („Rettungsschirm“) sind eng mit der Entwicklung der Pandemie verknüpft und dürfen daher erst dann auslaufen, wenn absehbar ist, dass die Pandemie in eine endemische Lage übergeht. Dass *„die Krankenhäuser in den kommenden Monaten noch nicht zu einem Regelbetrieb zurückkehren werden und die Belastung der Beschäftigten (...) weiterhin hoch bleiben wird“* wird auch im vorliegenden Referentenentwurf nochmals ausdrücklich bestätigt. Insbesondere die nur bis zum 18.04.2022 vorgesehene Verlängerung der **Ausgleichszahlungen** und der explizite Hinweis, dass sowohl die Ausgleichszahlungen als auch die **Versorgungsaufschläge** „letztmalig“ verlängert werden sollen, ist vor diesem Hintergrund absolut nicht nachvollziehbar. Auch in Verbindung mit der ausdrücklich zu begrüßenden Verlängerung der auf fünf Tage **verkürzten Zahlungsfrist** (bis Ende 2022) und der für ausgewählte Krankenhäuser bis zum 30.06.2022 ausgesetzten Prüfung der Einhaltung bestimmter **OPS-Mindestmerkmale** bleibt der Verordnungsentwurf völlig unzureichend, um die angestrebte wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser auch nur annähernd zu erreichen. Ab 18. April 2022 werden die Krankenhäuser auf monatliche Ausgleichszahlungen aus dem Rettungsschirm im Umfang von einer Milliarde Euro verzichten müssen. Diese finanziellen Hilfen dienen den Krankenhäusern zur Liquiditätssicherung und nicht etwa als Zuschuss, da sie im Ganzjahresausgleich angerechnet werden.

Unsere Krankenhäuser befinden sich seit nunmehr über zwei Jahren in einem absoluten Ausnahmezustand. Mit höchstem Engagement sichern die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser unter zum Teil schwierigsten Rahmenbedingungen 24/7 die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Sie schaffen zusätzliche Versorgungskapa-

zitäten, passen ihre Hygienevorkehrungen an, verschieben planbare Behandlungen und entwickeln ihre Test- und Zutrittskonzepte stetig weiter. Auch die Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht, die von den Krankenhäusern stets begrüßt wurde, und die hohen coronabedingten Personalausfälle (s. DKG-Pressemitteilung vom 18.03.2022) belasten die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktuell massiv. Die Krankenhäuser stellen sich diesen Herausforderungen, haben aber die berechnete Erwartung an den Gesetzgeber, dass dieser zumindest die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verlässlich regelt. Dies ist derzeit jedoch bei Weitem nicht der Fall. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ihre Mitgliedsverbände haben daher bereits vielfach angemahnt, dass insbesondere die Regelungen für den **Ganzjahreserlösausgleich 2021 und 2022** nachgebessert werden müssen (Anhebung auf 100 %) und der Gesetzgeber schon heute Maßnahmen ergreifen muss, um den Krankenhäusern auch über das Jahr 2022 hinaus wirtschaftliche **Planungssicherheit** zu gewährleisten. Insbesondere zur Festlegung von Übergangsregelungen für das Jahr 2023, bevor die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Reformen greifen können, schlagen die Krankenhäuser die Einrichtung einer beim BMG angesiedelten Arbeitsgruppe vor.

Weiterführende Erläuterungen zu den einzelnen Maßnahmen sind dem besonderen Teil dieser Stellungnahme zu entnehmen.

---

## Besonderer Teil

---

### Artikel 1

## Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

### Zu Nummer 1 bis 4

#### Verlängerung der Ausgleichszahlungen

##### Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der weiterhin hohen Infektionszahlen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und der damit verbundenen Belastung für die Krankenhäuser wird der Zeitraum für die Anspruchsberechtigung für die Ausgleichszahlungen bis zum 18. April 2022 verlängert.

Zudem werden aufgrund der Verlängerung der Ausgleichszahlungen die Fristen der Übermittlung der krankenhausbefugten Aufstellungen durch die Länder an das BMG und den GKV-SV verlängert.

##### Stellungnahme

Im Teil A des Referentenentwurfs der Verordnung des BMG wird zunächst ausgeführt, dass sich „angesichts der zu großen Immunitätslücke in der Bevölkerung noch keine nachhaltig spürbare Entlastung der Krankenhäuser abzeichnet“. Nach Ansicht des ExpertInnenbeirates der Bundesregierung zu COVID-19 sei davon auszugehen, dass sich bei anstehenden Lockerungen der Schutzmaßnahmen vermehrt nicht geimpfte und ältere Menschen mit dem Corona infizieren. Weiter heißt es im Referentenentwurf wörtlich, dass vielmehr zu erwarten sei, „dass die Krankenhäuser in den folgenden Monaten noch nicht zum Regelbetrieb zurückkehren werden und die Belastungen der Beschäftigten aufgrund der weiterhin zu erwartenden krankheits- und quarantänebedingten Personalausfälle weiterhin hoch bleiben wird“. Vor dem Hintergrund der Belastungen hätten die Länder die Bundesregierung am 16.02.2022 zudem gebeten, die Regelungen zu den Ausgleichszahlungen (und Versorgungsaufschlägen) bis zum 30. Juni 2022 zu verlängern.

Die daraus abgeleiteten Argumentationen unter Teil B konterkarieren allerdings die in Teil A skizzierte Ausgangslage. Danach handle es sich bei der nun vorgenommenen Verlängerung der Ausgleichszahlungen auf den 18. April 2022 sowie der Verlängerung der Versorgungsaufschläge auf den 30. Juni 2022 um die „**letztmalige**“ Verlängerung der Regelungen. Wenn die Pandemie in den letzten zwei Jahren etwas gelehrt hat, dann, dass sie unberechenbar ist. Daher verbietet es sich, mit der beabsichtigten letztmaligen Verlängerung der Ausgleichszahlungen implizit das Ende der Pandemie für Ostermontag auszurufen. Mit den Erfahrungen der letzten zwei Jahre ist insbesondere mit dem kommenden Herbst wieder mit einer Zunahme des Infektionsgeschehens und einer damit einhergehenden Belastung der Krankenhäuser zu rechnen. Zudem wird im Besonderen

Teil der Begründung der Rechtsverordnung zur Regelung unter Nummer 2 im Übrigen abweichend zu Artikel 1 Nummer 2 der 30. April 2022 genannt.

Diese nur äußerst begrenzte Verlängerung passt zudem keinesfalls zur aktuellen Behandlungssituation in den Krankenhäusern. Dort werden zurzeit so viele COVID-infizierte Patientinnen und Patienten wie zu keinem anderen Zeitpunkt dieser Pandemie behandelt. Allein seit 1. Februar bis heute sind die Zahlen um 65 Prozent auf über 25.000 gestiegen. Alle Prognosen gehen von einem weiteren Patientenzuwachs aus. 75 Prozent der Kliniken müssen angesichts hoher Personalausfälle infolge von Quarantänemaßnahmen ihr Versorgungsangebot einschränken. Das führt unmittelbar zu hohen Erlösverlusten, die im weiteren Verlauf dieses Jahres keinesfalls mehr ausgeglichen werden können.

Ab 18. April 2022 werden die Krankenhäuser auf monatliche Ausgleichszahlungen aus dem Rettungsschirm im Umfang von einer Milliarde Euro verzichten müssen. Diese finanziellen Hilfen dienen den Krankenhäusern zur Liquiditätssicherung und nicht als Zuschuss, da sie im Ganzjahresausgleich angerechnet werden.

Vor diesem Hintergrund sind die Ausgleichszahlungen analog den Versorgungsaufschlägen bis zum 30. Juni 2022 zu verlängern. Insgesamt sollte aufgrund der unklaren Pandemieentwicklung die Möglichkeit offengelassen werden, notwendige Instrumente weiterzuführen. Eine vorzeitige Festlegung auf die letztmalige Anwendung dieser Maßnahmen erscheint vor dem Hintergrund der dynamischen Lage nicht nachvollziehbar. Eine Beurteilung der aktuellen Lage der Pandemie muss dann erneut und rechtzeitig auf Basis des aktuellen Infektionsgeschehens erfolgen und darf nicht von vornherein pauschal ausgeschlossen werden.

### **Änderungsvorschlag**

Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

2. In Absatz 1a wird die Angabe „19. März“ durch die Angabe „~~18. April~~ **30. Juni**“ ersetzt.

Artikel 1 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

3. In Absatz 2a wird die Angabe „19. März“ durch die Angabe „~~18. April~~ **30. Juni**“ ersetzt.

Artikel 1 Nummer 4 wird wie folgt geändert:

In Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 wird die Angabe „19. April“ durch die Angabe „~~18. April~~ **30. Oktober**“ ersetzt.

---

## **Zu Nummer 5** **Verlängerung Versorgungsaufschläge**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Regelung werden die Versorgungsaufschläge für die Behandlung Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, bis zum 30.06.2022 verlängert. Zudem erfolgt eine Konkretisierung bei der Ermittlung und Meldung der Fälle, die eine bislang unklare Sachlage bei der letztmaligen Meldung nunmehr klarstellt.

### **Stellungnahme**

Die DKG begrüßt die Verlängerung der Versorgungsaufschläge. Aufgrund der aktuell hohen Inzidenzen und der unklaren Pandemieentwicklung sollte auch für die Zukunft das Instrument des Versorgungsaufschlags nicht vorzeitig ausgeschlossen werden.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Zu Nummer 6** **Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen von COVID-19 (Verdachts-) Fällen**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Krankenhäuser, die COVID-19-(Verdachts-) Fälle behandeln, sollen weiterhin von Prüfungen nach § 275c SGB V ausgenommen werden. Die bestehende Ausnahme ist bis zum 19. März 2022 befristet und soll auf den 30. Juni 2022 ausgeweitet werden. Dieser Zeitraum ist nach §25 Abs. 4 KHG auch von der Nachweispflicht im Rahmen der Strukturprüfung nach §275d SGB V ausgenommen.

### **Stellungnahme**

Die beabsichtigte Verlängerung der Ausnahmen von Prüfungen nach §275c SGB V für Krankenhäuser die COVID-19-(Verdachts-) Fälle behandeln, wird von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. Sie verdeutlicht die Anerkennung der besonderen Lage geschuldeter Maßnahmen der Krankenhäuser zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung, die in diesen besonderen Zeiten nicht immer unter vollständiger Berücksichtigung sämtlicher Detailvorgaben erfolgen können.

Für einen klaren Entlastungseffekt sollte die aufwendige Durchführung der OPS-Strukturprüfung nach §275d und die Anwendung der Aufschlagzahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V um ein weiteres Jahr auf 2023 verschoben werden.



## **Zu Nummer 7 Verlängerung der Übergangsregelung zur Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen, § 415 Satz 1 SGB V**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

§ 415 Satz 1 SGB V regelt, dass eine Krankenkasse eine Krankenhausrechnung innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen hat. Aktuell läuft diese Regelung zum 30.06.2022 ersatzlos aus. Durch die beabsichtigte Neuregelung in Artikel 1 Nr. 7 des Referentenentwurfs einer Vierten Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Änderung der Hygienepauschaleverordnung soll die Geltungsdauer dieser Regelung bis zum 31.12.2022 verlängert werden.

### **Stellungnahme**

Die beabsichtigte Änderung wird von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. Die Verlängerung der Pflicht der Krankenkassen, Krankenhausrechnungen innerhalb von fünf Tagen nach Erhalt der Rechnung zu bezahlen, ist eine zur Sicherung der notwendigen Liquidität der Krankenhäuser unerlässliche Regelung. Auch ist diese Regelung ein wirksames Mittel, um die Einhaltung des in § 109 Absatz 6 Satz 1 SGB V durch das MDK-Reformgesetz vom 19.12.2019 eingeführten Aufrechnungsverbots sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund eines in der Praxis immer häufiger festzustellenden Vorgehens seitens der Krankenkassen ist diese Regelung allein jedoch nicht mehr ausreichend, die notwendige Liquidität der Krankenhäuser im Rahmen der Fallabrechnung zu gewährleisten. Es ist festzustellen, dass Krankenkassen den in Rechnung gestellten Betrag nicht mehr vollständig bezahlen, sondern nur noch einen sogenannten „unstreitigen Teil“ des Rechnungsbetrages. Dieses Vorgehen ist jedoch unzulässig. So ist es unbestritten, dass der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses bereits mit Inanspruchnahme der Behandlungsleistung in voller Höhe entsteht. Demzufolge hat die Krankenkasse den Vergütungsanspruch auch zunächst in voller Höhe zu zahlen. Sollte sie Bedenken gegen die Abrechnung des Krankenhauses haben, kann sie ein Vorverfahren anstoßen oder den Medizinischen Dienst einschalten und mit der Durchführung einer Einzelfallprüfung beauftragen. Stellt dieser einen Erstattungsanspruch fest, kann die Krankenkasse diesen gegenüber dem Krankenhaus nachträglich geltend machen. Dies ist die vom Gesetzgeber zuletzt im MDK-Reformgesetz nochmals zum Ausdruck gebrachte Systematik des Verfahrens der Abrechnung sowie der Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich.

Eine Befugnis der Krankenkasse, generell nur einen „unstreitigen“ Teil der Krankenhausrechnung zu zahlen, ist den gesetzlichen Regelungen nicht zu entnehmen. Der Begriff des „unstreitigen Rechnungsbetrags“ ist erst durch die bis 31.12.2021 geltende PrüfvV vom 03.02.2016 in deren § 7 Absatz 2 Satz 6 in die Prüfsystematik eingeführt worden, er ist aber nicht mehr Bestandteil der zum 01.01.2022 geltenden PrüfvV vom 22.06.2021. Zudem stellte er lediglich eine prozessuale Regelung für den Fall dar, dass ein Krankenhaus vom MDK angeforderte Unterlagen im Rahmen eines Prüfverfahrens nicht fristgerecht an den MDK übermittelt hat. Dies hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 18.05.2021 (Az.: B 1 KR 24/20 R) deutlich zum Ausdruck gebracht. Eine allgemeine Aussage, dass eine Krankenkasse nur „unstreitige“ Teile der Vergütungsforderung zahlen



müsse, war nie Intention dieser Regelung und dies hat diese Regelung auch nie ausgesagt.

Krankenhäuser und auch Landeskrankenhausgesellschaften haben diejenigen Krankenkassen, die dieses Vorgehen in der Praxis anwenden, auf die Unzulässigkeit dieses Vorgehens hingewiesen. Um zu verhindern, dass diese grundlegende Konzeption des Verfahrens der Abrechnung und Abrechnungsprüfung durch systemwidriges Verhalten der Krankenkassen ausgehöhlt wird, ist eine klarstellende Ergänzung des § 415 Satz 1 SGB V dahingehend erforderlich, dass innerhalb der Zahlungsfrist von fünf Tagen nach Rechnungseingang der Rechnungsbetrag in voller Höhe von der Krankenkasse zu zahlen ist.

### Änderungsvorschlag

§ 4 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021 (BAnz AT 08.04.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 29. Dezember 2021 (BAnz AT 30.12.2021 V2) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

7. In Absatz 6 wird die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „31. Dezember“ ersetzt, **zudem wird § 415 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach dem Wort „Rechnungseingang“ um folgende Klarstellung ergänzt:**

*„... nach Rechnungseingang **vollständig** zu bezahlen.“*

## Artikel 2

### Änderung der Hygienepauschaleverordnung

#### Beabsichtigte Neuregelung

Die Heilmittelerbringer können gemäß § 1 der Hygienepauschaleverordnung zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie, insbesondere für persönliche Schutzausrüstung der Leistungserbringer, für jede abgerechnete Heilmittelverordnung einen Betrag in Höhe von 1,50 Euro (Hygienepauschale) gegenüber den Krankenkassen geltend machen. Die bis zum 31. März 2022 befristete Hygienepauschale wird bis zum 23. September 2022 verlängert.

#### Stellungnahme

Der Verordnungsgeber erkennt für den Bereich der Heilmittelerbringer zu Recht an, dass auch über den 31. März 2022 hinaus weiterhin coronabedingte Mehrkosten entstehen, die einer Refinanzierung bedürfen. Umso unverständlicher ist es, dass für die Krankenhäuser seit dem 1. Januar 2022 keine gesetzliche Vorgabe mehr existiert, die eine Refinanzierung coronabedingter Mehrkosten ermöglichen würde.

Die Zuschläge nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die den Krankenhäusern auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- und teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, sind zum 31.12.2021 ausgelaufen. Nach der Begründung zu § 5 Abs. 3i KHEntgG im KHZG ging der Gesetzgeber davon aus, dass für das Jahr 2022 die im Jahr 2020 entstandenen coronabedingten Mehrkosten in der Kalkulation der bundesweiten Entgelte einbezogen werden können.

In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass mit Einbeziehung coronabedingter Mehrkosten in die Kalkulation der Fallpauschalen eine Refinanzierung dieser Kosten keinesfalls sichergestellt ist. Die Kalkulation des InEK mündet in dimensionslosen Bewertungsrelationen für Fallpauschalen. Insofern führt eine Berücksichtigung bei der Kalkulation allenfalls dazu, dass Bewertungsrelationen für Fallpauschalen, die überdurchschnittlich von coronabedingten Mehrkosten betroffen sind, entsprechend ansteigen, während die Bewertungsrelationen für Fallpauschalen, die unterdurchschnittlich von coronabedingten Mehrkosten betroffen sind, entsprechend abgesenkt werden.

Das nationale Casemix-Volumen für Fallpauschalen ändert sich infolge der Berücksichtigung bei der Kalkulation jedoch nicht, insofern stehen dadurch keine zusätzlichen Finanzierungsmittel für die Krankenhäuser zur Verfügung. Festzustellen ist hingegen, dass der Verordnungsgeber im Rahmen der Ersatzvornahme für das DRG-Vergütungssystem in Form der DRG-EKV 2022 bei der Normierung Bewertungsrelationen im Wert von 175 Mio. Euro absenkend berücksichtigt hat, um eine vermeintliche Doppelfinanzierung im Bereich der Pflege auszuschließen.

Eine Refinanzierung coronabedingter Mehrkosten könnte allenfalls über eine entsprechende Anhebung der Landesbasisfallwerte erfolgen, indem diese gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG im Rahmen der Bewertung der voraussichtlichen allgemeinen Kostenentwicklungen erhöhend berücksichtigt werden. Eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte ist jedoch gemäß § 10 Abs. 4 KHEntgG grundsätzlich auf die Höhe des jeweils maßgeblichen Veränderungswerts begrenzt, der für das Jahr 2022 bei 2,32 % lag. Allein die Kostensteigerungen im Personal- und Sachkostenbereich werden für das Jahr 2022 deutlich oberhalb von 2,32 % liegen, sodass für die zusätzlichen Kostenbelastungen einschließlich der coronabedingten Mehrkosten keine Refinanzierung ab dem Jahr 2022 sichergestellt ist.

Aus Sicht der DKG sollte die seit dem 1. Januar 2022 bestehende Refinanzierungslücke zeitnah über eine pauschale Zuschlagsfinanzierung ab dem 1. Mai 2022 geschlossen werden. Dabei bietet sich eine Orientierung an den bis zum 30. September 2020 vorgegebenen Zuschlagbeträgen in Höhe von 50 Euro (Nicht-COVID-Fall) bzw. 100 Euro (COVID-Fall) gemäß § 21 Abs. 6 KHG i. V. m. § 2 Abs. 2 der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung an.

Um die bestehende Abrechnungslücke in der Zuschlagsfinanzierung vom 1. Januar bis zum 30. April 2022 zu schließen, ist bei einer Erhebung bis zum 31. Dezember 2022 eine Anhebung der Zuschlagsbeträge von 50 auf 85 Euro (Nicht-COVID-Fall) und von 100 auf 170 Euro (COVID-Fall) dringend geboten. Ab dem Jahr 2023 sollte eine Überführung in die Landesbasisfallwerte über ergänzende Gesetzgebung sichergestellt werden. Darüber hinaus sollte eine Nachverhandlungsmöglichkeit für Krankenhäuser vorgesehen werden, die nachweislich mit den pauschalen Zuschlagsbeträgen keine kostendeckende Refinanzierung der coronabedingten Mehrkosten erreichen konnten.

### **Änderungsvorschlag**

§ 21 Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird wie folgt neu gefasst:

*„Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge der COVID-19-Pandemie rechnen zugelassene Krankenhäuser für jeden Patienten und jede Patientin, der oder die zwischen dem 1. Mai 2022 und einschließlich dem 31. Dezember 2022 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 85 Euro je Fall ab. Abweichend von Satz 1 beträgt der Zuschlag 170 Euro, wenn voll- oder teilstationär behandelte Patientinnen oder Patienten mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber dem Patienten oder der Patientin oder ihren Kostenträgern.“*

---

## Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

---

### 1. Anpassungen am Ganzjahresausgleich 2021 / 2022

#### Ausgangslage:

In der Vereinbarung eines Erlösrückgangs im Rahmen des Ganzjahresausgleichs 2021 und 2022 sind gemäß der aktuell geltenden Rechtslage nur 98 Prozent der Erlöse für 2019 (angepasster Budget-Referenzwert) zu berücksichtigen. Eine 2 %ige Erlösdifferenz zu 2021/2022 wird insofern grundsätzlich nicht ausgeglichen, was seitens des Verordnungsgebers mit einem Leistungsanreiz begründet wurde. Bereits über den Ausgleichssatz von 85 % ist dieser Anreiz jedoch ausreichend gegeben, da eingesparte Sachkostenanteile schon aus dem Referenzwert herausgerechnet sind.

Zum Zeitpunkt der Festlegung des Ganzjahresausgleichs für das Jahr 2021 wurde angenommen, dass die Corona-Inzidenzen im Sommer rückläufig sind und im folgenden Herbst aufgrund der dann abgeschlossenen Impfkampagne keine weitere „Corona-Welle“ mehr zu erwarten ist. Man ging sogar davon aus, dass es ab der Jahresmitte zu Nachholeffekten in der stationären Versorgung kommen könnte. Insofern liegt dem Rettungsschirm die Annahme zu Grunde, dass sich die Leistungen des Gesamtjahres 2021 erholen und deutlich über dem Niveau des Jahres 2020 liegen würden. Insofern war nicht davon auszugehen, dass die bei den Krankenhäusern verbleibenden Erlösausfälle die jetzt sichtbaren Dimensionen erreichen würden. Diese Einschätzungen haben sich als nicht zutreffend erwiesen und müssen daher dringend an die oben beschriebene Lage angepasst werden.

Aus der unterjährigen Datenlieferung an das InEK nach § 21 Abs. 3b KHEntgG des Jahres 2021 (Lieferzeitraum bis 31. Dezember 2021) ergibt sich für den Anwendungsbereich des KHEntgG für das Jahr 2021 ein Fallzahlrückgang gegenüber 2019 in Höhe von -13,39 Prozent (-12,81 % VJ zu 2019). Insofern ist der tatsächliche Leistungsrückgang noch höher ausgefallen als 2020. Für den Anwendungsbereich der BPfIV ergibt sich für das Jahr 2021 ein Fallzahlrückgang gegenüber 2019 in Höhe von -8,82 % (11,35 % VJ zu 2019).

Die derzeit geltende Ausgestaltung des Ganzjahresausgleichs 2021/2022 (gemäß §§ 5 und 5a der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser) ist daher vor diesem Hintergrund neu zu bewerten.

Die nunmehr vorliegenden Daten nach § 21 Abs. 3b KHEntgG für das Jahr 2021 ermöglichen eine genauere Abschätzung des tatsächlichen Effektes der Anwendung der 2 Prozent Reduktion des Budget Referenzwertes.

Im Ergebnis zeigt sich, dass allein im Anwendungsbereich des KHEntgG und hier ausschließlich bei den bewerteten Entgelten ein Gesamterlösverlust für die Krankenhäuser in Höhe von mindestens 1,2 Mrd. € bestehen bleibt. Da zudem auch noch die krankenhaushausindividuellen Entgelte sowie der BPfIV-Bereich in die Analyse einbezogen werden müssen, unterschätzt dieser Betrag den tatsächlichen Erlösverlust. Hinzu kommt, dass

die weiteren deutlichen Erlösverluste bei ambulanten Leistungen, Wahlleistungen und Nebenbetrieben, die die finanzielle Lücke noch deutlich erhöhen.

Im Rahmen der gesetzlichen Verordnungsermächtigung gemäß § 23 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 KHG ist eine Anpassung der Grundlage für den Ganzjahresausgleich des Jahres 2021 und 2022 grundsätzlich möglich.

### **Änderungsvorschlag:**

§ 5 Abs. 9 der KHWiSichV ist wie folgt zu ändern:

~~(9) Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs sind 98 Prozent der nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 für das Jahr 2019 vereinbarten Erlöse zugrunde zu legen.~~ Der Ausgleichsbetrag entspricht 85 Prozent des nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a vereinbarten Erlösrückgangs.

§ 5a Abs. 9 der KHWiSichV ist wie folgt zu ändern:

~~(9) Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs sind 98 Prozent der nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 für das Jahr 2019 vereinbarten Erlöse zugrunde zu legen.~~ Der Ausgleichsbetrag entspricht 85 Prozent des nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a vereinbarten Erlösrückgangs.

## **2. Inflationsausgleich, insbesondere Energiekosten:**

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes wird die Inflationsrate in Deutschland – gemessen als Veränderung des Verbraucherpreisindex (VPI) zum Vorjahresmonat – im Februar 2022 bei 5,1 % liegen. Im Januar 2022 betrug die Inflationsrate +4,9 % und im Dezember 2021 +5,3 %. Diese Preisentwicklungen sind im Wesentlichen durch den Anstieg der Preise für Energieprodukte (+20,5 %) bedingt. Neben den Kraftstoffpreisen verteuerten sich vor allem leichtes Heizöl (+51,9 %), Erdgas (+32,2 %) und Strom (+11,1 %). Aufgrund des Krieges in der Ukraine muss davon ausgegangen werden, dass sich diese Entwicklung in den kommenden Monaten weiter fortsetzen, wenn nicht sogar deutlich verschärfen wird. Insbesondere von den stark anziehenden Energiepreisen sind auch die Krankenhäuser massiv betroffen. Eine entsprechende Berücksichtigung dieser Kostenanstiege kann nach der regulären Systematik erst retrospektiv erfolgen, wenn die Kostenanstiege in der Berechnung des Orientierungswertes nach § 10 Abs. 6 KHEntgG Berücksichtigung finden. Dies kommt jedoch zu spät und würde zu diesem Zeitpunkt gar nicht mehr greifen, falls die Anstiege nicht fortbestehen. Mindestens jedoch wären die Kostenanstiege für das Jahr 2022 nicht refinanziert. Es ist hier außerdem darauf hinzuweisen, dass der für die Krankenhäuser berechnete Orientierungswert für das Jahr 2022 aufgrund der bestehenden Gesetzeslage nicht einmal vollständig zur Anwendung gekommen ist.

Es muss daher ein entsprechender, ggf. zeitlich befristeter Ausgleich auf den Weg gebracht werden. Als Vorbild für den Ausgleich bietet sich die Umsetzung der Tarifraten nach § 10 Abs. 5 KHEntgG an. Analog der Ausgleichssystematik für die Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter (Erhöhungsraten für Tarifierhöhungen) wäre eine Umsetzung für die

Sachkostenentwicklungen (Erhöhungsraten für Sachkostenentwicklungen) denkbar. Für den Bereich der BpflV ist eine entsprechende Regelung umzusetzen. Alternativ könnte die Umsetzung auch über einen pauschalen Rechnungsaufschlag erfolgen.

### **Änderungsvorschlag:**

Nach § 10 Abs. 5 KHEntgG wird ein neuer Absatz 6 eingefügt:

**(6) <sup>1</sup>Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr 2022 Sachkostenentwicklungen über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. <sup>2</sup>Bezogen auf die Sachkosten werden 100 Prozent des Unterschieds zwischen Veränderungswert und Sachkostenentwicklungsrate berücksichtigt. <sup>3</sup>Maßstab für die Ermittlung der Sachkostenentwicklungsrate ist der Verbraucherpreisindex (bzw. mittelfristig ein krankenhausspezifischer Index) des Statistischen Bundesamtes. <sup>4</sup>Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsraten. <sup>5</sup>Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 vereinbarte Erhöhungsraten zu erhöhen. <sup>6</sup>Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die Erhöhungsraten nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. <sup>7</sup>Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der Erhöhungsraten vorzunehmen.**