

**Vereinbarung
nach § 21 Abs. 7 KHG
zum Verfahren des Nachweises für die Ausgleichszahlungen
nach § 21 Abs. 1 KHG
(Ausgleichszahlungsvereinbarung)**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,

- gemeinsam -

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

Mit dem Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27.03.2020 hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband, den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (nachfolgend: die Vertragsparteien) mit § 21 Abs. 7 KHG beauftragt, das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der täglich voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Referenzwert für die Ermittlung und Meldung nach § 21 Abs. 2 KHG zu vereinbaren. Diese Vereinbarung regelt auch die Meldung nach § 21 Abs. 5 KHG über zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit.

§ 1

Grundlagen des Verfahrens

- (1) Gemäß § 21 Abs. 2 KHG ermitteln die Krankenhäuser die Höhe der Ausgleichszahlungen, indem sie täglich, erstmals für den 16.03.2020, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der tagesbezogenen Pauschale nach § 21 Abs. 3 KHG in Höhe von 560 Euro zu multiplizieren.
- (2) Die Ermittlung der tagesbezogenen Ausgleichsbeträge ist gemäß § 5 gegenüber den Landesbehörden zu melden und nachzuweisen. Diese Meldung bildet die Grundlage für die Auszahlung der Landesbehörden an das Krankenhaus.

§ 2

Ermittlung des Referenzwerts

- (1) Gemäß § 21 Abs. 2 KHG ermitteln die Krankenhäuser als Referenzwert für die Berechnung der Ausgleichszahlungen in 2020 die im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten.
- (2) Bei vollstationären Behandlungen ist der Aufnahmetag und jeder weitere Behandlungstag mit Ausnahme des Entlassungstages zu berücksichtigen. Bei Entlassung am Aufnahmetag ist der Aufnahmetag als Behandlungstag zu zählen. Bei teilstationärer Behandlung ist der Aufnahmetag und jeder weitere Behandlungstag zu berücksichtigen.
- (3) Der Referenzwert entspricht den durchschnittlichen Behandlungstagen im Jahr 2019. Die nach Absatz 2 ermittelte Anzahl der Behandlungstage im Jahr 2019 ist daher durch 365 zu dividieren. Das Ergebnis ist kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden und bildet den Referenzwert für die weiteren Berechnungen.

§ 3

Ermittlung der Zahl der täglich behandelten Patientinnen und Patienten

- (1) Gemäß § 21 Abs. 2 KHG ermitteln die Krankenhäuser täglich, erstmals für den 16.03.2020, die Zahl der am jeweiligen Tag voll- und teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten.
- (2) Hierzu sind die Patientinnen und Patienten zu zählen, die sich am jeweiligen Kalendertag in voll- und teilstationärer Behandlung befinden. Analog zu der Zählweise nach § 2 Absatz 2 sind bei vollstationärer Behandlung die Entlassungstage nicht zu berücksichtigen. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die im Geltungsbereich der BpflV das PEPP-System anwenden.
- (3) Die Anzahl der Patientinnen und Patienten am jeweiligen Kalendertag ist für voll- und teilstationäre Behandlungen gemäß der in Anlage 2 dargestellten Systematik anzugeben.

§ 4

Ermittlung des tagesbezogenen Ausgleichsbetrages

- (1) Die nach § 3 in 2020 ermittelte Anzahl der voll- und teilstationären Behandlungstage am jeweiligen Kalendertag ist mit dem Referenzwert nach § 2 Absatz 3 abzugleichen. Sofern die Anzahl der voll- und teilstationären Behandlungstage an einem Kalendertag niedriger ist als der Referenzwert, erfolgt für diesen Kalendertag ein Ausgleich.
- (2) Für den jeweiligen Kalendertag ist vom Referenzwert nach § 2 Absatz 3 die Summe der Behandlungstage nach § 3 Absatz 3 abzuziehen.
- (3) Sofern die Differenz nach Absatz 2 an einem Kalendertag größer als Null ist, berechnet sich die Höhe des tagesbezogenen Ausgleichsbetrages durch Multiplikation dieser Differenz mit der in § 21 Abs. 3 KHG vorgegebenen tagesbezogenen Pauschale in Höhe von 560 Euro.
- (4) Der tagesbezogene Ausgleichsbetrag ist für alle Kalendertage zu ermitteln. Der Ausgleichsbetrag für eine Kalenderwoche ist als Summe aller tagesbezogenen Ausgleichsbeträge der jeweiligen Woche zu berechnen.

§ 5

Meldung und Nachweis

- (1) Für die Meldung der Höhe der Ausgleichszahlung nach § 21 Abs. 7 KHG sowie des Finanzierungsbetrages nach § 21 Abs. 5 KHG haben die Krankenhäuser die folgenden Daten und Informationen an die Landesbehörden zu übermitteln. Die Landesbehörden können die Daten und Informationen nach Satz 1 unter Berücksichtigung des Datenschutzes den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausesgesellschaften sowie den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG quartalsweise zur Verfügung stellen.

- (2) Die Übermittlung umfasst alle Kalendertage ab dem 16.03.2020 bis zum 30.09.2020. Die Meldung ist wochenweise und möglichst innerhalb von zwei Werktagen nach Abschluss einer Kalenderwoche zu übermitteln.
- (3) Bei der erstmaligen Übermittlung sind die Herleitung und die Höhe des Referenzwertes nach § 2 entsprechend der **Anlage 1** darzulegen. Die Vertragsparteien empfehlen den Landesbehörden, in Fällen, in denen die jahresdurchschnittlichen Behandlungstage im Jahr 2019 deutlich von der üblichen Belegung des jeweiligen Krankenhauses abweichen, unter Einbeziehung der Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG den Referenzwert entsprechend anzupassen.
- (4) Die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten nach § 3 sowie die tagesbezogenen Ausgleichsbeträge nach § 4 sind für alle Kalendertage der abgelaufenen Kalenderwoche zu übermitteln. Die Ermittlung der tagesbezogenen Ausgleichsbeträge ist mit Angabe des Datums entsprechend der **Anlage 2** darzulegen.
- (5) Die Daten sind für die Übermittlung entsprechend den Anlagen 1 und 2 darzustellen.
- (6) Die Landesbehörden können zum Nachweis eine Plausibilisierung und Überprüfung der Meldungen nach Anlage 1 und 2 anhand der nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG übermittelten Daten der Jahre 2019 und 2020 durchführen.
- (7) Die Meldung nach Anlage 2 umfasst auch die Angaben nach § 21 Abs. 5 KHG zu den von den Krankenhäusern mit Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bis zum 30.09.2020 zusätzlich geschaffenen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit. Der zu meldende Betrag ergibt sich aus der Anzahl der bis zum Ende der jeweiligen Kalenderwoche zusätzlich aufgestellten oder vorgehaltenen Betten multipliziert mit dem nach § 21 Abs. 5 Satz 1 KHG festgelegten Betrag in Höhe von 50 000 Euro. Eine wiederholte Berücksichtigung der zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungsbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit ist nicht möglich.

§ 6

Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt.

§ 7

Inkrafttreten und Kündigung

Die Vereinbarung tritt am 02.04.2020 in Kraft. Die Vereinbarung kann zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Die Vereinbarung gilt bis zu einer Neuvereinbarung fort.

Berlin, Köln, 02.04.2020

GKV-Spitzenverband

Verband der Privaten Krankenversicherung

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Anlage 1: Ermittlung des Referenzwertes 2019

Krankenhaus (Name, Anschrift):	
Ansprechpartner (Name, E-Mail-Adresse, Telefonnummer)	
IK:	
Kontonummer:	

Nr.	Ermittlung der durchschnittlichen voll- und teilstationären Behandlungstage pro Tag im Jahr 2019	Behandlungstage
1	2019 gesamt	
1.1	davon: KHEntgG/DRG (Somatik)	
1.1.1	davon: vollstationär	
1.1.2	davon: teilstationär	
1.2	davon: BPfIV/PEPP (Psych-Bereich)	
1.2.1	davon: vollstationär	
1.2.2	davon: teilstationär	

2	Referenzwert (Behandlungstage 2019 gesamt/365)	
---	--	--

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name:

Datum:

Unterschrift:

Anlage 2: Meldung nach § 21 Abs. 2 und Abs. 5 KHG

Tabelle 1: Ermittlung der tagesbezogenen Ausgleichsbeträge

Krankenhaus (Name, Anschrift):	
Ansprechpartner (Name, E-Mail-Adresse, Telefonnummer)	
IK:	
Kontonummer:	

Nr.		Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7	Ausgleichsbetrag pro Kalenderwoche
1	Datum								
2	Behandlungstage gesamt								
2.1	davon: KHEntgG/DRG (Somatik)								
2.1.1	davon: vollstationär								
2.1.2	davon: teilstationär								
2.2	davon: BPfIV/PEPP (Psych-Bereich)								
2.2.1	davon: vollstationär								
2.2.2	davon: teilstationär								
3	Referenzwert 2019								
4	Differenz (Referenzwert 2019 - Nr. 2)								
5	Ausgleichsbetrag pro Tag (Nr. 4 * 560 Euro)								Summe: Tag 1 bis Tag7

Tabelle 2: Bereitgestellte Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit

	nachrichtlich: zum 01.03.2020 vorgehaltene Anzahl der Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit	
1	Bisher vorgehaltene Anzahl der Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit (Stand Sonntag der letzten Kalenderwoche)¹	
2	Aktuell vorgehaltene Anzahl der Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit (Stand Sonntag dieser Kalenderwoche)	
3	Anzahl erstmalig bereitgestellter und genehmigter Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit (Differenz 1 und 2)	
4	Finanzierungsbetrag der Kalenderwoche (Nr. 3 * 50.000 Euro)	

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name:

Datum:

Unterschrift:

¹ In der Zeile 1 der Meldung der ersten Kalenderwoche vom 16.03.2020 bis 22.03.2020 ist als Anzahl bisher vorgehaltener Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit der Stand zum 01.03.2020 anzugeben.