

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

A. Problem und Ziel

Die COVID-19-Pandemie hat die Krankenhäuser im Jahr 2020 vor große finanzielle und organisatorische Herausforderungen gestellt. Ein Bündel von Maßnahmen – Ausgleichszahlungen durch den Bund für Leistungen, die zugunsten der vorrangigen Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten nicht erbracht wurden (verschobene Operationen, freigehaltene Kapazitäten etc.), ein coronabedingter Mindererlösausgleich für das Jahr 2020 durch die Kostenträger und weitere flankierende Regelungen – hat die finanzielle Situation der Krankenhäuser im Jahr 2020 stabilisiert. Eine abschließende Betrachtung für jedes einzelne Krankenhaus wird erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich sein.

Es hat sich gezeigt und ist noch immer absehbar, dass die COVID-19-Pandemie auch im Jahr 2021 weiterhin den umfassenden Einsatz aller erfordern wird. Sie bringt zudem andere Herausforderungen und neue Ausprägungen. Die Entwicklung des Infektionsgeschehens des Coronavirus-SARS-CoV-2 und damit verbunden auch der stationären Behandlungsbedürftigkeit von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 ist mit hoher Unsicherheit für alle Akteure – Krankenhäuser und Kostenträger – behaftet, insbesondere hinsichtlich der Dauer, der Wirkung auf die Belastungssituation sowie der Auslastung der Krankenhäuser.

Der beim Bundesministerium für Gesundheit gebildete Expertenbeirat nach § 24 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) hat entsprechend den in der Pandemie gemachten Erfahrungen bereits in der Vergangenheit Empfehlungen vorgelegt in Bezug auf die Anpassung der beschlossenen Maßnahmen, beispielsweise die Spreizung der Höhe der Ausgleichszahlungen sowie die Konzentration der Ausgleichszahlungen auf zur Versorgung von COVID-19 besonders geeignete Krankenhäuser. Das BMG hat die Empfehlungen des Expertenbeirats bei der Umsetzung per Gesetz sowie Rechtsverordnung berücksichtigt.

Aktuell leistet der Bund Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser, die von den Ländern aufgrund durch Gesetz oder Rechtsverordnung vorgegebener Kriterien (lokale 7-Tage-Inzidenz, Auslastung Intensivkapazitäten sowie Zuordnung zu einer Notfallstufe oder spezielle Expertise in der Behandlung von Lungen- und Herzerkrankungen) bestimmt worden sind. Anders als bis Ende September 2020 erhalten damit nicht alle Krankenhäuser Ausgleichszahlungen beziehungsweise in Abhängigkeit von den genannten Kriterien nicht für den gesamten Zeitraum seit dem Inkrafttreten der Regelungen. Die COVID-19-Pandemie wirkt sich allerdings auch auf weitere Krankenhäuser aus, beispielsweise, soweit diese infolge von Freihalteanordnungen durch die Länder oder coronabedingt geringere Zahlen an stationär zu versorgenden Patientinnen und Patienten ebenfalls Erlöseinbußen zu verzeichnen haben. Diese Herausforderungen werden in unterschiedlicher Ausprägung auch anhalten, wenn die 7-Tage-Inzidenz an Infektionen mit dem Coronavirus-SARS-CoV-2 lokal weiter zurückgeht. Folge können kurzfristige Liquiditätsengpässe einzelner Krankenhäuser sein. Der Expertenbeirat sieht vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung der COVID-19-Pandemie weiteren Handlungsbedarf.

Die geltenden Regelungen zu den Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser sowie für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind befristet bis zum 11. April 2021. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Zahl der stationären Behandlungsfälle mit COVID-19 auch

über dieses Datum hinaus auf hohem Niveau bleiben wird. Gleichmaßen ist davon auszugehen, dass viele Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen weiterhin nicht die Auslastung erreichen werden, die einen wirtschaftlichen Betrieb ermöglicht. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Möglichkeit für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausgleichszahlungen zu erhalten, zu verlängern. In diesem Rahmen ist es zudem erforderlich, auch die Möglichkeit der Länder, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu bestimmen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bedürfen, vollstationär behandelt werden können, zu verlängern.

Infolge des dynamischen Verlaufs der COVID-19-Pandemie kam es über die Wintermonate zu stark ansteigenden Inzidenzzahlen an SARS-CoV-2 Infektionen. Infolge dessen wurden mit dem Ziel, die Inzidenzzahlen deutlich und nachhaltig zu reduzieren, vielfältige politische Maßnahmen ergriffen, durch die das gesellschaftliche Leben stark eingeschränkt wurde. Infolge dessen sank die 7-Tage-Inzidenz vielerorts wieder und vielfach unter den für die Ausgleichszahlungen maßgeblichen Wert von 70. Es zeigt sich gleichwohl, dass auch bei einer Inzidenz unterhalb von 70 die Notwendigkeit bestehen kann, planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe zu verschieben, um freie intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zu schaffen. Ebenso kann die Belastung der Intensivstationen der Krankenhäuser weiterhin hoch sein. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, den Wert der 7-Tage-Inzidenz als Anspruchsvoraussetzung für den Erhalt von Ausgleichszahlungen durch die Krankenhäuser anzupassen.

Die COVID-19-Pandemie kann das Leistungsgeschehen und die Erlössituation der Krankenhäuser auch in Zeiträumen des Jahres 2021 beeinflussen, in denen die Regelungen für die Ausgleichszahlungen nicht mehr gelten. Zudem sind auch Krankenhäuser von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betroffen, die keinen oder keinen durchgehenden Anspruch auf Ausgleichszahlungen haben, weil sie die erforderlichen Voraussetzungen nicht erfüllen oder die Kriterien im Landkreis / in der kreisfreien Stadt nicht bzw. zeitweise nicht erfüllt sind. So werden die Behandlungskapazitäten mancher Krankenhäuser durch Hygienemaßnahmen und Auflagen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Schutz vor Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 teils eingeschränkt. Auch für diese Krankenhäuser ist es erforderlich, Regelungen zum Ausgleich potenzieller coronabedingter Erlösausfälle zu treffen. Zugleich ist nicht ausgeschlossen, dass Krankenhäuser durch die erhaltenen Ausgleichszahlungen wirtschaftlich besser gestellt werden als im Vorpandemiejahr 2019. Daher sind auch Regelungen erforderlich, die eine Überzahlung durch Ausgleichszahlungen vermeiden.

Neben diesen Unterstützungsmaßnahmen liegt es – entsprechend ihres Auftrags zur Sicherstellung der stationären Versorgung – weiterhin in der Verantwortung der Länder zu prüfen, ob einzelne Krankenhäuser zusätzlichen Unterstützungsbedarf aufgrund der speziellen Versorgungsstrukturen in der Region haben, und zu entscheiden über die ggf. erforderliche Gewährung ergänzender Landesmittel.

B. Lösung

Es werden die Voraussetzungen für die Bestimmung anspruchsberechtigter Krankenhäuser durch die Länder an die Entwicklung des Infektionsgeschehens angepasst. Daher wird die 7-Tage-Inzidenz im jeweiligen Landkreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt von 70 auf 50 abgesenkt. Das BMG macht diesbezüglich von seiner Verordnungsbefugnis nach § 23 Absatz 2 Nummer 1 KHG Gebrauch.

Zudem wird angesichts der perspektivisch auch über den 11. April 2021 hinaus anhaltend hohen Infektionszahlen mit dem Coronavirus-SARS-CoV-2 und der damit einhergehend hohen Anzahl stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten die Möglichkeit für Krankenhäuser, Ausgleichszahlungen zu erhalten, bis zum 31. Mai 2021 verlängert. Das

BMG macht insoweit von seiner Verordnungsbefugnis nach § 23 Absatz 2 Nummer 3 KHG Gebrauch. Ebenfalls bis zum 31. Mai 2021 verlängert wird die Möglichkeit von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausgleichszahlungen für coronabedingte Einnahmeausfälle erhalten zu können sowie der Zeitraum, in dem von den Ländern bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbarer akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V bedürfen, vollstationär behandelt werden können, als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V gelten. Das BMG macht diesbezüglich von seiner Verordnungsbefugnis nach § 111d Absatz 9 SGB V sowie nach § 23 Absatz 2 Nummer 5 KHG Gebrauch.

Es werden des Weiteren die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen, damit Erlösrückgänge im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019, die Krankenhäusern aufgrund des Coronavirus-SARS-CoV-2 entstanden sind, im Rahmen von krankenhausespezifischen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort anteilig ausgeglichen werden können. Zudem werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für einen krankenhausespezifischen Ausgleich von Erlösanstiegen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 geschaffen, soweit die Erlösanstiege auf den Erhalt von Ausgleichszahlungen zurückzuführen sind. Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, zu beiden Maßnahmen bundeseinheitliche Rahmenbedingungen festzulegen. Das BMG macht diesbezüglich von seiner Verordnungsbefugnis nach § 23 Absatz 2 Nummer 4 KHG Gebrauch.

Darüber hinaus wird mit dem Ziel, die Liquidität der Krankenhäuser für das gesamte Jahr 2021 hinweg sicherzustellen, die bereits geltende verkürzte Zahlungsfrist von fünf Tagen für Krankenhausabrechnungen bis zum 31. Dezember 2021 verlängert. Das BMG macht diesbezüglich von seiner Verordnungsbefugnis nach § 417 Satz 4 SGB V Gebrauch.

Da die vorliegende Verordnung auch die Regelungen der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (BANz AT 24.12.2020 V1), die zuletzt durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (BANz AT 24.02.2021 V1) geändert worden ist, in zum Teil angepasster Form enthält, kann diese Verordnung mit dem Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung außer Kraft treten. Dies trägt zur Vereinfachung der Rechtsanwendung bei.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Durch die Regelungen zu den krankenhausespezifischen Ausgleichen von Erlösrückgängen entstehen für den Bund, auf Basis der unten im Abschnitt für die gesetzliche Krankenversicherung getroffenen Annahmen, aufgrund von Beihilfezahlungen (einschließlich Heilfürsorge) Mehrausgaben in Höhe eines mittleren sechsstelligen Betrages. Dem gegenüber stehen Einsparungen bei der Beihilfe durch mögliche Abschläge auf die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen zum Ausgleich von Erlössteigerungen in nicht quantifizierbarer Höhe.

Durch die Regelungen zu den krankenhausespezifischen Ausgleichen von Erlösrückgängen entstehen für die Länder und Gemeinden, auf Basis der unten im Abschnitt für die gesetzliche Krankenversicherung getroffenen Annahmen, aufgrund von Beihilfezahlungen Mehrausgaben zwischen einem hohen sechsstelligen Betrag bis einem niedrigen einstelligen

Millionenbetrag. Dem gegenüber stehen Einsparungen bei der Beihilfe durch mögliche Abschläge auf die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen zum Ausgleich von Erlössteigerungen in nicht quantifizierbarer Höhe.

Durch die Verlängerung der Möglichkeit für Krankenhäuser, Ausgleichszahlungen bis zum 31. Mai 2021 zu erhalten, ergeben sich für den Bund Mehrausgaben, deren Höhe nur im Sinne einer Faustformel geschätzt werden kann. Unter der Annahme, dass angesichts der Entwicklung des Infektionsgeschehens und der Belegung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten alle Krankenhäuser, die entweder gemäß der Prognose des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen der umfassenden, der erweiterten oder der Basisnotfallstufe zugeordnet werden oder aufgrund ihrer Spezialisierung auf Lungen- oder Herzkrankungen eine besondere Erfahrung in der intensivmedizinischen Behandlung und Behandlung langzeitbeatmeter Patientinnen und Patienten aufweisen, von den Ländern für Ausgleichszahlungen bestimmt würden, ergäben sich bei einem angenommenen Belegungsrückgang von 20 Prozent gegenüber dem entsprechenden Zeitraum im Jahr 2019 für einen Monat Mehrausgaben in Höhe von rund 1,1 Milliarden Euro. Durch die Absenkung der 7-Tage-Inzidenz von 70 auf 50 als Voraussetzung für die Länder, anspruchsberechtigte Krankenhäuser für den Erhalt von Ausgleichszahlungen zu bestimmen sofern die weiteren Kriterien erfüllt sind, ergeben sich für den Bund keine über die Faustformel hinausgehenden Mehrausgaben. Die Faustformel berücksichtigt bereits alle Krankenhäuser, die aufgrund einer Notfallstufe oder als Spezialversorger aus dem Bereich der Herz- oder Lungenbehandlung von den Ländern als anspruchsberechtigt bestimmt werden können, und nimmt keine Beschränkung auf kreisfreie Städte oder Landkreise mit einem bestimmten Inzidenzwert vor.

Die Verlängerung der Möglichkeit von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V bis zum 31. Mai 2021 zu erhalten, könnte zu Mehrausgaben des Bundes in Höhe eines hohen zweistelligen bis niedrigen dreistelligen Millionenbetrages führen.

Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Finanzwirkungen in allen Fällen insbesondere auch vom weiteren Verlauf der Pandemie abhängig sind.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Gegenüberstellung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 zum Ausgleich eines coronabedingten Erlösrückgangs kann zu Mehrausgaben für die Kostenträger führen. Dies hängt allerdings von der krankenhausesindividuellen Situation unter anderem hinsichtlich der abgerechneten allgemeinen Krankenhausleistungen im voll- und teilstationären Bereich und der erhaltenen Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a KHG ab. Auch wenn eine Schätzung von potenziellen Mehrausgaben nicht valide möglich ist, kann folgende Faustformel bei der Ermittlung von Mehrausgaben zugrunde gelegt werden: Je Erlösrückgang in Höhe von 0,1 Prozentpunkten liegen die Mehrausgaben für alle Kostenträger in einem mittleren zweistelligen Millionenbereich. Für die gesetzlichen Krankenkassen ergeben sich ebenfalls Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags. Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen liegen die Mehrausgaben im Bereich eines mittleren einstelligen Millionenbetrags. Den Mehrausgaben stehen für die jeweiligen Kostenträger Einsparungen durch mögliche Abschläge auf die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen zum Ausgleich von Erlössteigerungen in nicht quantifizierbarer Höhe gegenüber.

Durch die Verlängerung des Zeitraums bis zum 31. Mai 2021, in dem von den Ländern bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V bedürfen, vollstationär behandelt werden können, für die Behandlung aufgenommener Patientinnen und Patienten als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V gelten, könnten Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich für die gesetzlichen

Krankenkassen entstehen. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Finanzwirkungen insbesondere auch vom weiteren Verlauf der Pandemie abhängig sind.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Somatischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen entsteht einmalig, voraussichtlich überwiegend im Jahr 2022, Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 370 000 Euro. Dieser ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 und der Feststellung eines coronabedingten Erlösrückgangs oder eines durch Ausgleichszahlungen verursachten Erlösanstiegs. Die Verhandlung mit den Kostenträgern über Zu- oder Abschläge zum Ausgleich der ermittelten Erlösrückgänge und -anstiege gehört für die Krankenhäuser zum jährlichen Routinegeschäft, so dass dadurch kein wesentlicher Zusatzaufwand entsteht.

Durch die Verlängerung der Zeitraums bis zum 31. Mai 2021, in dem von den Ländern bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V bedürfen, vollstationär behandelt werden können, für die Behandlung aufgenommener Patientinnen und Patienten als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V gelten, kann im Einzelfall Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand entstehen.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Den Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung von Rahmenvorgaben zur Feststellung eines coronabedingten Erlösrückgangs oder eines durch Ausgleichszahlungen verursachten Erlösanstiegs für das Jahr 2021. Da die Vertragsparteien dabei auf der für das Jahr 2020 getroffenen Vereinbarung aufbauen können, beläuft sich der im Jahr 2021 entstehende einmalige Erfüllungsaufwand auf rund 20 000 Euro.

Für die Krankenkassen entsteht einmalig, voraussichtlich überwiegend im Jahr 2022, Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 550 000 Euro. Dieser ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 und aus der Feststellung eines coronabedingten Erlösrückgangs oder eines durch Ausgleichszahlungen verursachten Erlösanstiegs. Die Verhandlung mit den Kostenträgern über Zu- oder Abschläge zum Ausgleich der ermittelten Erlösrückgänge und -anstiege gehört für die Krankenkassen zum jährlichen Routinegeschäft, so dass dadurch kein wesentlicher Zusatzaufwand entsteht.

Die Länder haben die Vereinbarungen über den Ausgleich eines Erlösrückgangs oder eines Erlösanstiegs im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019, sofern diese unabhängig von den Budgetverhandlungen geführt werden, zusätzlich zu genehmigen. Dadurch entsteht den Ländern geringfügiger Mehraufwand, der zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht quantifiziert werden kann, da die Anzahl der zu genehmigenden Vereinbarungen insbesondere von der Anzahl der Krankenhäuser abhängig ist, für die ein entsprechender Ausgleich vereinbart wird.

Dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entsteht durch die Veröffentlichung der um die variablen Sachkosten bereinigten Entgeltkataloge nach den §§ 17b und 17d KHG für das Jahr 2021 ein Aufwand von rund 500 Euro.

Für die zuständigen Landesbehörden entsteht durch die Verlängerung des Zeitraumes zur Bestimmung anspruchsberechtigter Krankenhäuser sowie von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB für sieben Wochen kein relevanter Erfüllungsaufwand.

Durch die Verlängerung des Zeitraumes für den Anspruch auf Ausgleichszahlungen aus dem Gesundheitsfonds für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen um sieben Wochen bis zum 31. Mai 2021 entsteht dem Bundesamt für Soziale Sicherung ein geringfügiger Mehraufwand.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Vom ...

Das Bundesministerium für Gesundheit verordnet auf Grund

- des § 23 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der durch Artikel 2a Nummer 3 Buchstabe b des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) eingefügt worden ist, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen,
- des § 111d Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 4 Nummer 1a Buchstabe e des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) eingefügt worden ist, sowie
- des § 417 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der zuletzt durch Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe c des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) eingefügt worden ist:

§ 1

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

Unter den weiteren Voraussetzungen des § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für den Zeitraum seit dem [Datum, ggf. auch rückwirkend] Krankenhäuser für Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmen, wenn in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner über 50 liegt.

§ 2

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

(1) Sofern in einem Landkreis oder in einer kreisfreien Stadt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern über 200 liegt, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für den Zeitraum seit dem 17. Dezember 2020 bis zum 14. Januar 2021 abweichend von § 21 Absatz 1a Satz 2 Nummer 1 und 2 und Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unabhängig von dem Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a Satz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie im Sinne von § 2 bestimmen, die Ausgleichszahlungen im Sinne von § 21 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erhalten. Liegt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern in einem Landkreis oder in einer kreisfreien Stadt 14 Tage in Folge unter 200, gilt § 21 Absatz 1a Satz 2 in Verbindung mit Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie Absatz 2 und § 2.

(2) Sofern in einem Landkreis oder in einer kreisfreien Stadt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern über 150

liegt, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für den Zeitraum ab dem 15. Januar 2021 abweichend von § 21 Absatz 1a Satz 2 Nummer 1 und 2 und Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unabhängig von dem Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a Satz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie im Sinne von § 2 bestimmen, die Ausgleichszahlungen im Sinne von § 21 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erhalten. Liegt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern in einem Landkreis oder in einer kreisfreien Stadt 14 Tage in Folge unter 150, gilt § 21 Absatz 1a Satz 2 in Verbindung mit Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie § 2.

§ 3

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

(1) Unter den Voraussetzungen des § 21 Absatz 1a Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder in begründeten Ausnahmefällen nach § 21 Absatz 1a Satz 4 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für den Zeitraum seit dem 17. Dezember 2020 auch Krankenhäuser für Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmen, wenn diese noch keine Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart haben und eine Versorgungsstruktur aufweisen, die nach der Feststellung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung entspricht.

(2) Unter den Voraussetzungen des § 21 Absatz 1a Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder in begründeten Ausnahmefällen nach § 21 Absatz 1a Satz 4 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für den Zeitraum ab dem 15. Januar 2021 auch Krankenhäuser für Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmen, wenn einer oder mehrere der Standorte eines Krankenhauses in der Übersicht nach Absatz 3 Satz 1 aufgeführt sind.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt eine Übersicht der Krankenhausstandorte,

1. für die jeweils mit der Datenübermittlung nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe f des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2019 für Patientinnen und Patienten, die das erste Lebensjahr vollendet haben und eine Beatmungszeit von mehr als 48 Stunden aufweisen, insgesamt Beatmungszeiten von mehr als 10 000 Stunden übermittelt wurden und
2. die
 - a) entweder über den pflegesensitiven Bereich Kardiologie oder Herzchirurgie im Sinne von § 3 Absatz 2 Nummer 1 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung verfügen und diesen nach § 5 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung mitgeteilt haben oder
 - b) über mindestens eine Fachabteilung der Pneumologie, Lungen- und Bronchialheilkunde oder Thoraxchirurgie oder eine Fachabteilung mit einem entsprechenden

Schwerpunkt verfügen, die in der Datenübermittlung nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2019 mit den Fachabteilungsschlüsseln 0108, 0114, 1400, 1490, 0800, 0890, 0891, 0892, 1520, 2000, 2021, 2090, 2120 oder 3651 übermittelt wurden.

Die Übersicht muss für jeden Krankenhausstandort die folgenden Angaben enthalten:

1. den Namen des Krankenhausstandortes,
2. das Kennzeichen des Krankenhausstandortes im Sinne der Vereinbarung nach § 293 Absatz 6 Satz 10 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. den Ort und das Bundesland, in dem sich der Krankenhausstandort befindet, und
4. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt die Übersicht bis zum 4. Februar 2021 an das Bundesministerium für Gesundheit. 4Das Bundesministerium für Gesundheit stellt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Übersicht elektronisch zur Verfügung.

§ 4

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

(1) Die Frist nach § 21 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird bis zum 31. Mai 2021 verlängert.

(2) Die Frist nach § 21 Absatz 2a Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird bis zum 31. Mai 2021 verlängert.

(3) Abweichend von § 21 Absatz 9a Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann die krankenhausbetreffende Aufstellung der für das Jahr 2021 nach § 21 Absatz 4a Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgezahlten Finanzmittel bis zum 30. Juni 2021 übermittelt werden.

(4) Der Zeitraum nach § 22 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird bis zum 31. Mai 2021 verlängert.

(5) Die Frist nach § 111d Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird bis zum 31. Mai 2021 verlängert.

(6) Die Frist nach § 417 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird bis zum 31. Dezember 2021 verlängert.

§ 5

Erlösausgleiche für das Jahr 2021

(1) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren bis zum 30. November 2021 das Nähere über den Ausgleich eines im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus-SARS-CoV-2 entstandenen Er-

lösrückgangs 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 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. 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 31. 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 95 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. 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 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 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.

§ 6

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2020 (BAnz AT 24.12.2020 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 24. Februar 2021 (BAnz AT 25.02.2021 V1) geändert worden ist, außer Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die COVID-19-Pandemie hat die Krankenhäuser im Jahr 2020 vor große finanzielle und organisatorische Herausforderungen gestellt. Ein Bündel von Maßnahmen - Ausgleichszahlungen durch den Bund für Leistungen, die zugunsten der vorrangigen Versorgung von COVID-19-Patientinnen und Patienten nicht erbracht wurden (verschobene Operationen, freigehaltene Kapazitäten etc.), ein coronabedingter Mindererlösausgleich für das Jahr 2020 durch die Kostenträger und weitere flankierende Regelungen – hat die finanzielle Situation der Krankenhäuser im Jahr 2020 zumindest stabilisiert. Eine Schlussrechnung für jedes einzelne Krankenhaus wird erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich sein.

Es hat sich gezeigt und ist noch immer absehbar, dass die COVID-19-Pandemie auch im Jahr 2021 weiterhin den umfassenden Einsatz aller erfordern wird. Sie bringt zudem andere Herausforderungen und neue Ausprägungen. Die Entwicklung des Infektionsgeschehens des Coronavirus-SARS-CoV-2 und damit verbunden auch der stationären Behandlungsbedürftigkeit von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 ist mit hoher Unsicherheit für alle Akteure – Krankenhäuser und Kostenträger – behaftet, insbesondere hinsichtlich der Dauer, der Wirkung auf die Belastungssituation sowie der Auslastung der Krankenhäuser.

Der beim Bundesministerium für Gesundheit gebildete Expertenbeirat nach § 24 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) hat entsprechend den in der Pandemie gemachten Erfahrungen bereits in der Vergangenheit Empfehlungen vorgelegt in Bezug auf die Anpassung der beschlossenen Maßnahmen, beispielsweise die Spreizung der Höhe der Ausgleichszahlungen sowie die Konzentration der Ausgleichszahlungen auf zur Versorgung von COVID-19 besonders geeignete Krankenhäuser. Das BMG hat die Empfehlungen des Expertenbeirats bei der Umsetzung per Gesetz sowie Rechtsverordnung berücksichtigt.

Aktuell leistet der Bund Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser, die von den Ländern aufgrund durch Gesetz oder Rechtsverordnung vorgegebener Kriterien (lokale 7-Tage-Inzidenz, Auslastung Intensivkapazitäten sowie Zuordnung zu einer Notfallstufe oder spezielle Expertise in der Behandlung von Lungen- und Herzerkrankungen) bestimmt worden sind. Anders als im Jahr 2020 erhalten damit nicht alle Krankenhäuser Ausgleichszahlungen. Die COVID-19-Pandemie wirkt sich allerdings auch auf weitere Krankenhäuser aus, beispielsweise, soweit diese infolge von Freihalteanordnungen durch die Länder oder n coronabedingt geringere Zahlen an stationär zu versorgenden Patientinnen und Patienten ebenfalls Erlöseinbußen zu verzeichnen haben. Diese Herausforderungen werden in unterschiedlicher Ausprägung auch anhalten, wenn die 7-Tage-Inzidenz an Infektionen mit dem Coronavirus-SARS-CoV-2 lokal weiter zurückgeht. Folge können kurzfristige Liquiditätsengpässe einzelner Krankenhäuser sein. Der Expertenbeirat sieht vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung der COVID-19-Pandemie weiteren Handlungsbedarf.

Die geltenden Regelungen zu den Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser sowie für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind befristet bis zum 11. April 2021. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Zahl der stationären Behandlungsfälle mit COVID-19 auch über dieses Datum hinaus auf hohem Niveau bleiben wird. Gleichermaßen ist davon auszugehen, dass viele Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen weiterhin nicht die Auslastung erreichen werden, die einen wirtschaftlichen Betrieb ermöglicht. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Möglichkeit für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausgleichszahlungen zu erhalten, zu verlängern. In diesem Rahmen ist es

zudem erforderlich, auch die Möglichkeit der Länder, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu bestimmen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bedürfen, vollstationär behandelt werden können, zu verlängern.

Infolge des dynamischen Verlaufs der COVID-19-Pandemie kam es über die Wintermonate zu stark ansteigenden Inzidenzzahlen an SARS-CoV-2 Infektionen. Infolge dessen wurden mit dem Ziel, die Inzidenzzahlen deutlich und nachhaltig zu reduzieren, vielfältige politische Maßnahmen ergriffen, durch die das gesellschaftliche Leben stark eingeschränkt wurde. Infolge dessen sank die 7-Tage-Inzidenz vielerorts wieder stark und vielfach unter den für die Ausgleichszahlungen maßgeblichen Wert von 70. Es zeigt sich gleichwohl, dass auch bei einer Inzidenz unterhalb von 70 die Notwendigkeit bestehen kann, planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe zu verschieben, um freie intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zu schaffen. Ebenso kann die Belastung der Intensivstationen der Krankenhäuser weiterhin hoch sein. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, den Wert der 7-Tage-Inzidenz als Anspruchsvoraussetzung für den Erhalt von Ausgleichszahlungen durch die Krankenhäuser anzupassen.

Die COVID-19-Pandemie kann das Leistungsgeschehen und die Erlössituation der Krankenhäuser auch in Zeiträumen des Jahres 2021 beeinflussen, in denen die Regelungen für die Ausgleichszahlungen nicht mehr gelten. Zudem sind auch Krankenhäuser von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betroffen, die keinen Anspruch auf Ausgleichszahlungen haben, weil sie die erforderlichen Voraussetzungen nicht erfüllen. So werden die Behandlungskapazitäten mancher Krankenhäuser durch Hygienemaßnahmen und Auflagen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Schutz vor Infektionen mit dem Coronavirus-SARS-CoV-2 teils eingeschränkt. Auch für diese Krankenhäuser ist es erforderlich, Regelungen zum Ausgleich potenzieller coronabedingter Erlösausfälle zu treffen. Zugleich ist nicht ausgeschlossen, dass Krankenhäuser durch die erhaltenen Ausgleichszahlungen wirtschaftlich besser gestellt werden als im Vorpandemiejahr 2019. Daher sind auch Regelungen erforderlich, die eine Überzahlung durch Ausgleichszahlungen vermeiden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die Verordnung enthält in § 1 eine Regelung, wonach die Voraussetzungen für die Bestimmung anspruchsberechtigter Krankenhäuser durch die Länder an die Entwicklung des Infektionsgeschehens angepasst werden. Daher wird die 7-Tage-Inzidenz im jeweiligen Landkreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt von 70 auf 50 abgesenkt. Das BMG macht diesbezüglich von seiner Verordnungsbefugnis nach § 23 Absatz 2 Nummer 1 KHG Gebrauch.

Die §§ 2 und 3 enthalten den Regelungstext der §§ 1 und 2 der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

§ 4 entspricht dem § 3 der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Angesichts der perspektivisch auch über den 11. April 2021 hinaus anhaltend hohen Infektionszahlen mit dem Coronavirus-SARS-CoV-2 und der damit einhergehend hohen Anzahl stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten wird die Möglichkeit für Krankenhäuser, Ausgleichszahlungen zu erhalten, bis zum 31. Mai 2021 verlängert. Das BMG macht insoweit von seiner Verordnungsbefugnis nach § 23 Absatz 2 Nummer 3 KHG Gebrauch. Ebenfalls bis zum 31. Mai 2021 verlängert wird die Möglichkeit von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausgleichszahlungen für coronabedingte Einnahmeausfälle erhalten zu können sowie der Zeitraum, in dem von den Ländern bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V

bedürfen, vollstationär behandelt werden können, als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V gelten. Das BMG macht diesbezüglich von seiner Verordnungsbefugnis nach § 111d Absatz 9 SGB V sowie nach § 23 Absatz 2 Nummer 5 KHG Gebrauch. Neu hinzugekommen ist eine Verlängerung des Geltungszeitraums der Übergangsfrist in § 417 Satz 1 SGB V. Die Geltung der auf fünf Tage verkürzten Frist für die Begleichung von Krankenhausrechnungen wird mit dem Ziel, die Liquidität der Krankenhäuser für das gesamte Jahr 2021 hinweg sicherzustellen, bis zum 31. Dezember 2021 verlängert. Das BMG macht diesbezüglich von seiner Verordnungsbefugnis nach § 417 Satz 4 SGB V Gebrauch.

Aufgrund der Regelung in § 5 erhalten Krankenhäuser die Möglichkeit, mit den Kostenträgern einen Ausgleich von Erlösrückgängen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 zu vereinbaren. Zudem wird auch die Möglichkeit für einen Ausgleich von Erlösanstiegen geschaffen, soweit diese auf Ausgleichszahlungen des Bundes zurückzuführen sind. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vereinbaren hierzu die Rahmenbedingungen. Das BMG macht diesbezüglich von seiner Verordnungsbefugnis nach § 23 Absatz 2 Nummer 4 KHG Gebrauch.

§ 6 regelt das Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung sowie das gleichzeitige Außerkrafttreten der durch die Verordnung vom 24. Februar 2021 (BAnz AT 25.02.2021 V1) zuletzt geänderten Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2020 (BAnz AT 24.12.2020 V1).

III. Alternativen

Keine.

IV. Regelungskompetenz

Die Regelungskompetenz des BMG zum Erlass dieser Verordnung folgt einerseits aus § 23 Absatz 2 Nummer 1 KHG. Danach ist das BMG befugt, die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a entsprechend der Entwicklung der Zahl von mit dem Coronavirus-SARS-CoV-2 Infizierten und dem Schweregrad ihrer Erkrankung abweichend zu regeln. Aufgrund der Regelung in § 23 Absatz 2 Nummer 3 KHG erstreckt sich die Regelungskompetenz des BMG auch darauf, einen von § 21 Absatz 1a Satz 1 KHG abweichenden Zeitraum für die Berücksichtigung von Einnahmeausfällen der Krankenhäuser und einen von § 21 Absatz 2a Satz 4 KHG abweichenden Zeitraum für die Durchführung der Ermittlungen nach § 21 Absatz 2a Satz 1 KHG vorzusehen, der spätestens am 31. März 2022 endet, sowie von § 21 Absatz 9a Satz 3 KHG abweichende Zeitpunkte für die Übermittlung der krankenhausesbezogenen Aufstellungen vorzusehen. Darüber hinaus ist das BMG nach § 23 Absatz 2 Nummer 4 KHG befugt, von den Vorgaben des § 21 Absatz 10 und 11 KHG abweichende Regelungen für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösrückgängen für das Jahr 2021 vorzusehen und Vorgaben für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösanstiegen für das Jahr 2021 zu regeln, einschließlich der Regelung weiterer Zeiträume für die Durchführung dieser Ausgleichs. Zudem ist das BMG gemäß § 23 Absatz 2 Nummer 5 KHG befugt, den in § 22 Absatz 1 Satz 2 KHG genannten Zeitraum längstens bis zum 31. März 2022 zu verlängern. Die Regelungskompetenz des BMG ergibt sich zum anderen aus § 111d Absatz 9 SGB V. Danach kann das BMG die Frist nach § 111d Absatz 2 Satz 4 SGB V zur Ermittlung der Einnahmeausfälle durch die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen um bis zu neun Monate verlängern. Die Regelungskompetenz des BMG zur Verlängerung der Frist für die Übergangsregelung zur Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen per Rechtsverordnung folgt aus § 417 Satz 4 SGB V.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Die Verordnung ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar

VI. Regelungsfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Mit der Verordnung wird die bisherige Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die im Wege zweier Verordnungen nachträglich geändert worden ist, abgelöst und um weitere Regelungen ergänzt. Dadurch wird zur Vereinfachung der Rechtsanwendung beigetragen.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Die Verordnung steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung, gerade in Zeiten einer Pandemie.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Durch die Regelungen zu den krankenhaushausindividuellen Ausgleichen von Erlösrückgängen entstehen für den Bund, auf Basis der unten im Abschnitt für die gesetzliche Krankenversicherung getroffenen Annahmen, aufgrund von Beihilfezahlungen (einschließlich Heilfürsorge) Mehrausgaben in Höhe eines mittleren sechsstelligen Betrages. Dem gegenüber stehen Einsparungen bei der Beihilfe durch mögliche Abschläge auf die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen zum Ausgleich von Erlössteigerungen in nicht quantifizierbarer Höhe.

Durch die Regelungen zu den krankenhaushausindividuellen Ausgleichen von Erlösrückgängen entstehen für die Länder und Gemeinden, auf Basis der unten im Abschnitt für die gesetzliche Krankenversicherung getroffenen Annahmen, aufgrund von Beihilfezahlungen Mehrausgaben zwischen einem hohen sechsstelligen Betrag bis einem niedrigen einstelligen Millionenbetrag. Dem gegenüber stehen Einsparungen bei der Beihilfe durch mögliche Abschläge auf die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen zum Ausgleich von Erlössteigerungen in nicht quantifizierbarer Höhe.

Durch die Verlängerung der Möglichkeit für Krankenhäuser, Ausgleichszahlungen bis zum 31. Mai 2021 zu erhalten, ergeben sich für den Bund Mehrausgaben, deren Höhe nur im Sinne einer Faustformel geschätzt werden kann. Unter der Annahme, dass angesichts der Entwicklung des Infektionsgeschehens und der Belegung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten alle Krankenhäuser, die entweder gemäß der Prognose des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen der umfassenden, der erweiterten oder der Basisnotfallstufe zugeordnet werden oder aufgrund ihrer Spezialisierung auf Lungen- oder Herzerkrankungen eine besondere Erfahrung in der intensivmedizinischen Behandlung und Behandlung langzeitbeatmeter Patientinnen und Patienten aufweisen, von den Ländern für Ausgleichszahlungen bestimmt würden, ergäben sich bei einem angenommenen Belegungsrückgang von 20 Prozent gegenüber dem entsprechenden Zeitraum im Jahr 2019 für einen Monat Mehrausgaben in Höhe von rund 1,1 Milliarden Euro. Durch die Absenkung der 7-Tage-Inzidenz auf 50 als Voraussetzung für die Länder, anspruchsberechtigte Krankenhäuser für den Erhalt von Ausgleichszahlungen zu bestimmen, ergeben sich für den

Bund keine über die Faustformel hinausgehenden Mehrausgaben. Die Faustformel berücksichtigt bereits alle Krankenhäuser, die aufgrund einer Notfallstufe oder als Spezialversorger aus dem Bereich der Herz- oder Lungenbehandlung von den Ländern als anspruchsberechtigt bestimmt werden können, und nimmt keine Beschränkung auf kreisfreie Städte oder Landkreise mit einem bestimmten Inzidenzwert vor.

Die Verlängerung der Möglichkeit von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V bis zum 31. Mai 2021 zu erhalten, könnte zu Mehrausgaben des Bundes in Höhe eines hohen zweistelligen bis niedrigen dreistelligen Millionenbetrages führen.

Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Finanzwirkungen in allen Fällen insbesondere auch vom weiteren Verlauf der Pandemie abhängig sind.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Gegenüberstellung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 zum Ausgleich eines coronabedingten Erlösrückgangs kann zu Mehrausgaben für die Kostenträger führen. Dies hängt allerdings von der krankenhausesindividuellen Situation unter anderem hinsichtlich der abgerechneten allgemeinen Krankenhausleistungen im voll- und teilstationären Bereich und der erhaltenen Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a KHG ab. Auch wenn eine Schätzung von potenziellen Mehrausgaben nicht valide möglich ist, kann folgende Faustformel bei der Ermittlung von Mehrausgaben zugrunde gelegt werden: Je Erlösrückgang in Höhe von 0,1 Prozentpunkten liegen die Mehrausgaben für alle Kostenträger in einem mittleren zweistelligen Millionenbereich. Für die gesetzlichen Krankenkassen ergeben sich ebenfalls Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags. Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen liegen die Mehrausgaben im Bereich eines mittleren einstelligen Millionenbetrags. Den Mehrausgaben stehen für die jeweiligen Kostenträger Einsparungen durch mögliche Abschläge auf die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen zum Ausgleich von Erlössteigerungen in nicht quantifizierbarer Höhe gegenüber.

Durch die Verlängerung des Zeitraums bis zum 31. Mai 2021, in dem von den Ländern bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V bedürfen, vollstationär behandelt werden können, für die Behandlung aufgenommener Patientinnen und Patienten als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V gelten, könnten Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich für die gesetzlichen Krankenkassen entstehen. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Finanzwirkungen insbesondere auch vom weiteren Verlauf der Pandemie abhängig sind.

4. Erfüllungsaufwand

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Somatischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen entsteht einmalig, voraussichtlich überwiegend im Jahr 2022, Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 370 000 Euro. Dieser ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 und der Feststellung eines coronabedingten Erlösrückgangs oder eines durch Ausgleichszahlungen verursachten Erlösanstiegs. Die Verhandlung mit den Kostenträgern über Zu- oder Abschläge zum Ausgleich der ermittelten Erlösrückgänge und -anstiege gehört für die Krankenhäuser zum jährlichen Routinegeschäft, so dass dadurch kein wesentlicher Zusatzaufwand entsteht.

Durch die Verlängerung der Zeitraums bis zum 31. Mai 2021, in dem von den Ländern bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V bedürfen, vollstationär behandelt werden können, für die Behandlung aufgenommenen Patientinnen und Patienten als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V gelten, kann im Einzelfall Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand entstehen.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Den Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung von Rahmenvorgaben zur Feststellung eines coronabedingten Erlösrückgangs oder eines durch Ausgleichszahlungen verursachten Erlösanstiegs für das Jahr 2021. Da die Vertragsparteien dabei auf der für das Jahr 2020 getroffenen Vereinbarung aufbauen können, beläuft sich der im Jahr 2021 entstehende einmalige Erfüllungsaufwand auf rund 20 000 Euro.

Für die Krankenkassen entsteht einmalig, voraussichtlich überwiegend im Jahr 2022, Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 550 000 Euro. Dieser ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 und aus der Feststellung eines coronabedingten Erlösrückgangs oder eines durch Ausgleichszahlungen verursachten Erlösanstiegs. Die Verhandlung mit den Kostenträgern über Zu- oder Abschläge zum Ausgleich der ermittelten Erlösrückgänge und -anstiege gehört für die Krankenkassen zum jährlichen Routinegeschäft, so dass dadurch kein wesentlicher Zusatzaufwand entsteht.

Die Länder haben die Vereinbarungen über den Ausgleich eines Erlösrückgangs oder eines Erlösanstiegs im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019, sofern diese unabhängig von den Budgetverhandlungen geführt werden, zusätzlich zu genehmigen. Dadurch entsteht den Ländern geringfügiger Mehraufwand, der zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht quantifiziert werden kann, da die Anzahl der zu genehmigenden Vereinbarungen insbesondere von der Anzahl der Krankenhäuser abhängig ist, für die ein entsprechender Ausgleich vereinbart wird.

Dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entsteht durch die Veröffentlichung der um die variablen Sachkosten bereinigten Entgeltkataloge nach den §§ 17b und 17d KHG für das Jahr 2021 ein Aufwand von rund 500 Euro.

Für die zuständigen Landesbehörden entsteht durch die Verlängerung des Zeitraumes zur Bestimmung anspruchsberechtigter Krankenhäuser sowie von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB für sechs Wochen kein relevanter Erfüllungsaufwand.

Durch die Verlängerung des Zeitraumes für den Anspruch auf Ausgleichszahlungen aus dem Gesundheitsfonds für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen um sieben Wochen bis zum 31. Mai 2021 entsteht dem Bundesamt für Soziale Sicherung ein geringfügiger Mehraufwand.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Regelungsfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Regelungen zu den Ausgleichszahlungen sind bis zum 31. Mai 2021 befristet.

B. Besonderer Teil

Zu § 1

Vor dem Hintergrund der Infektionslage im November 2020 hat der Beirat nach § 24 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) am 12. November 2020 empfohlen, die Gewährung von Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser u. a. davon abhängig zu machen, dass in dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt die die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern über 100 liegt. Mit den Regelungen des Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes ist diese Empfehlung dahingehend umgesetzt worden, dass als maßgeblicher Schwellenwert für die Anspruchsberechtigung von Krankenhäusern neben weiteren Kriterien eine 7-Tage-Inzidenz von 70 Neuinfektionen je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern festgelegt wurde. Damit sollte sichergestellt werden, dass eine ausreichend große Zahl von Krankenhäusern anspruchsberechtigt war, damit auch für den Fall eines nicht auszuschließenden deutlichen Anstiegs der Infektionszahlen ausreichend stationäre, insbesondere intensivmedizinische Behandlungskapazitäten für an COVID-19 Erkrankte zur Verfügung standen. Die in § 1 nunmehr vorgesehene Absenkung dieses Schwellenwerts auf 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern innerhalb von sieben Tagen begegnet der seitens der Länder und der Krankenhäuser nach wie vor konstatierten angespannten Situation in den Krankenhäusern, insbesondere in Zusammenhang mit dem ungewissen weiteren Verlauf der Infektionen. Insbesondere knüpft die Anpassung dabei auch an die Wertungen des § 28a Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) an. Nach § 28a Absatz 3 Satz 2 sollen die Schutzmaßnahmen unter Berücksichtigung des jeweiligen Infektionsgeschehens regional bezogen auf die Ebene der Landkreise, Bezirke oder kreisfreien Städte an den Schwellenwerten ausgerichtet werden. Bei Überschreitung eines Schwellenwertes von über 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb von sieben Tagen sind umfassende Schutzmaßnahmen zu ergreifen, die eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens erwarten lassen (Satz 5). Die Inzidenz von 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern innerhalb von sieben Tagen ist damit ein zentrales Aufgreifkriterium, ab deren Überschreitung effektive Schutzmaßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie erforderlich sind. Daher erscheint es sachgerecht, dass sich die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser künftig ebenfalls an der Überschreitung dieses Inzidenzwerts orientiert.

Zu den §§ 2 bis 4

Die Regelungen entsprechen den §§ 1 bis 3 der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die zuletzt mit der Verordnung vom 24. Februar 2021 geändert worden ist.

Die Regelung des § 4 sieht angesichts der perspektivisch auch über den April 2021 hinaus anhaltend hohen Infektionszahlen mit dem Coronavirus-SARS-CoV-2 und der damit einhergehend hohen Anzahl stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten abweichend von den gesetzlichen Bestimmungen eine Verlängerung der Frist, in der Krankenhäuser für Einnahmeausfälle Ausgleichszahlungen erhalten können, bis zum 31. Mai 2021 vor. Analog dazu wird die Frist für die Ermittlung der Höhe der ihnen zustehenden Ausgleichszahlungen bis 31. Mai 2021 verlängert.

In gleicher Weise 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.

Schließlich wird zur Sicherung der Liquidität der Krankenhäuser der Geltungszeitraum der Übergangsregelung, wonach Krankenhausrechnungen innerhalb von fünf Tagen von den Kostenträgern zu begleichen sind, bis zum 31. Dezember 2021 verlängert.

Zu § 5

Mit der Änderung wird der mit dem Krankenhauszukunftsgesetz für das Jahr 2020 eingeführte Ausgleich von coronabedingten Erlösrückgängen auf das Jahr 2021 ausgedehnt, da die COVID-19-Pandemie auch im Jahr 2021 einen deutlichen Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser hat. Die Regelungen für das Jahr 2021 sind daher an § 21 Absatz 10 und 11 KHG angelehnt. Bei dem Ausgleich von Erlösrückgängen werden die Erlöse des Jahres 2021 den Erlösen des Jahres 2019 gegenübergestellt, die gemäß den Vorgaben des neuen § 5 Absatz 1 und 2 ermittelt werden. Zusätzlich wird ein Ausgleich von Erlösanstiegen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 eingeführt, sofern das Krankenhaus für das Jahr 2021 Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a KHG erhalten hat. Der Ausgleich von Erlösanstiegen nach dieser Regelung wird dabei auf die Erlösanstiege begrenzt, die auf Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a KHG zurückzuführen sind. Ein Erlösanstieg ist zeitlich auf die gleiche Weise zu ermitteln wie ein Erlösrückgang und eine isolierte Ermittlung für die Zeiträume, in denen das Krankenhaus Ausgleichszahlungen erhalten hat, ist nicht zulässig. Krankenhäuser werden damit finanziell grundsätzlich so gestellt wie im Jahr 2019, d. h. vor dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie.

Zu Absatz 1

Um die Vereinbarung durch die Vertragsparteien vor Ort zu erleichtern, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Satz 1 beauftragt, das Nähere für den Ausgleich eines durch das Coronavirus-SARS-CoV-2 verursachten Erlösrückgangs sowie eines Erlösanstiegs im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019, der auf Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a KHG für das Jahr 2021 zurückzuführen ist, zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist bis zum 30. November 2021 zu treffen, da erst zu diesem Zeitpunkt klar sein wird, wie die Corona-Pandemie das stationäre Leistungsgeschehen im Jahresverlauf beeinflusst. Im Hinblick auf den Ausgleich eines Erlösrückgangs können die Vertragsparteien auf die inhaltlichen Regelungen der Vereinbarung nach § 21 Absatz 10 KHG zurückgreifen. Im Rahmen der Vereinbarung haben sie insbesondere nach Nummer 1 Einzelheiten für die einheitliche Ermittlung der Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen für das Jahr 2021 festzulegen. Hierbei ist eine Vergleichbarkeit mit der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2019 zu gewährleisten. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen zudem nach Nummer 2 Kriterien fest, mit denen ein durch das Coronavirus-SARS-CoV-2 verursachter Erlösrückgang von einem nicht durch das Coronavirus-SARS-CoV-2 verursachten Erlösrückgang (z. B. durch Schließungen von Abteilungen) unterschieden werden kann. Zudem legen sie Kriterien fest, anhand derer festgestellt werden kann, dass ein Erlösanstieg auf für das Jahr 2021 erhaltene Ausgleichszahlungen zurückzuführen ist. Nummer 3 beauftragt die Vertragsparteien auf Bundesebene ferner, Einzelheiten zum Nachweis der Erfüllung der Kriterien festzulegen. Zudem haben sie nach Nummer 4 die Höhe des Ausgleichssatzes zu vereinbaren, der von den Vertragsparteien vor Ort bei der Vereinbarung des Ausgleichs eines Erlösrückgangs anzuwenden ist. Als Orientierung für die Vertragsparteien auf Bundesebene und mit dem Ziel, deren Vereinbarung zu erleichtern, wird vorgegeben, dass der Ausgleichssatz zwischen 75 Prozent und 95 Prozent liegen muss. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben bei der Festlegung des Ausgleichssatzes den Einfluss des pandemischen Geschehens auf die Situation und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern im Gesamtjahr 2021 zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien können dabei Kriterien wie beispielsweise die Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz, die Auslastung der Krankenhäuser und Intensivstationen und das Bestehen einer epidemi-

schen Lage zugrunde legen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können darüber hinaus auch zu weiteren als regelungsbedürftig erachteten Sachverhalten, die derzeit noch nicht erkennbar sind, Vorgaben für die krankenhausindividuelle Vereinbarung der befristeten Zu- oder Abschlüsse treffen.

Für einen sachgerechten Vergleich der Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 ist die zwischenzeitlich erfolgte Preisentwicklung zu berücksichtigen. Satz 2 gibt daher vor, dass der durchschnittliche Anstieg der Landesbasisfallwerte für die Jahre 2020 und 2021 erhöhend bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2019 zu berücksichtigen ist. Zur Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2021 sind grundsätzlich alle Erlöse aus voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen zugrunde zu legen. Hierzu zählt auch die krankenhausindividuelle Summe der für das Jahr 2021 erhaltenen Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a KHG. Variable Sachkosten, die nur anfallen, wenn Leistungen erbracht werden, sollen im Rahmen des Erlösausgleichs nicht ausgeglichen werden. Daher sind sie bei der Erlösermittlung mindernd zu berücksichtigen (Satz 3). Nicht zu berücksichtigen sind zudem die Zusatzentgelte für Testungen auf das Coronavirus-SARS-CoV-2, die tagesbezogenen Entgelte für die Kosten des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sowie Zuschläge, die für den Ausgleich coronabedingter Erlösrückgänge im Jahr 2020 oder coronabedingter Mehrkosten im Jahr 2021 vereinbart wurden, und Zuschläge für die Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte, um in diesen Positionen eine Verzerrung gegenüber den Erlösen 2019 zu vermeiden (Satz 4). Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene können – analog zu dem mit dem Krankenhauszukunftsgesetz geregelten Ausgleich von coronabedingten Erlösrückgängen für das Jahr 2020 – auch festlegen, dass in die Ermittlung der Erlöse bereinigte Ausgleichszahlungen einfließen. Zu gewährleisten ist, dass die Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 auf der gleichen Grundlage ermittelt werden. Von den Vertragsparteien auf Bundesebene ist sicherzustellen, dass bei dem Ausgleich von Erlösausfällen eine Doppelfinanzierung ausgeschlossen wird. Für den Fall, dass eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 KHG nicht bis zum 30. November 2021 zustande kommt, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG den Inhalt der Vereinbarung auch ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb eines Monats fest (Satz 5). Um die Vereinbarung der Erlöse durch die Vertragsparteien auf Ortsebene zu erleichtern, wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, auch für das Jahr 2021 Entgeltkataloge für das DRG-Fallpauschalensystem und das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die um die variablen Sachkosten bereinigt sind, barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen (Satz 6). Auf dieser Grundlage haben die Vertragsparteien auf Ortsebene bei der Ermittlung der Erlöse die variablen Sachkosten, die nicht im Rahmen des Erlösausgleichs ausgeglichen werden, nach einer bundeseinheitlichen Vorgabe herauszurechnen.

Zu Absatz 2

Krankenhäuser und Kostenträger haben nach Satz 1 einen Anspruch darauf, mit den jeweils anderen Vertragsparteien vor Ort auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene die Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 und den Erlösrückgang oder den Erlösanstieg zu ermitteln. Kostenträger können das Verlangen nach einem Ausgleich von Erlösanstiegen gegenüber Krankenhäusern äußern, die für das Jahr 2021 Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a KHG erhalten haben, da Erlösanstiege nach dieser Regelung nur auszugleichen sind, soweit sie auf diese Ausgleichszahlungen zurückzuführen sind. Demgegenüber kann jedes Krankenhaus sein Verlangen nach einem Ausgleich eines Erlösrückgangs gegenüber den Kostenträgern äußern. Um Versorgungsanreize aufrecht zu erhalten und dem allgemeinen Niveau der Leistungsentwicklung Rechnung zu tragen, erfolgt bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs die Ermittlung des Erlösrückgangs durch eine Gegenüberstellung der Erlöse für das Jahr 2021 mit 95 Prozent der Erlöse für das Jahr 2019. Um einen Ausgleich möglichst frühzeitig umsetzen zu können, kann die Vereinbarung unabhängig von der Budgetvereinbarung für das einzelne Krankenhaus nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder § 11 Bundespflegegesetzverordnung

(BPfIV) geschlossen werden (Satz 3). Die Vertragsparteien ermitteln den Ausgleichsbetrag, indem sie den ermittelten Erlösrückgang mit dem von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgelegten Ausgleichssatz für Erlösrückgänge multiplizieren (Satz 4). Mit Satz 5 wird sichergestellt, dass bei der Ermittlung des Ausgleichsbetrages für Erlösanstiege nur Erlösanstiege berücksichtigt werden, die auf Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a KHG zurückzuführen sind. Die Ausgleichszahlungen sind vollständig zurückzuzahlen, soweit sie die Erlöse des Krankenhauses für das Jahr 2021 über das Erlösniveau des Jahres 2019 heben und somit die coronabedingten Erlösrückgänge überkompensieren. Bei einem ermittelten Erlösanstieg im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019, der unterhalb der Summe der zu berücksichtigenden Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 Satz 3 liegt, ist der ermittelte Erlösanstieg in voller Höhe auszugleichen. Der Ausgleich ist in diesen Fällen auf den Teil der Ausgleichszahlungen beschränkt, die zu einem Erlösanstieg gegenüber dem Jahr 2019 geführt haben. Entspricht der ermittelte Erlösanstieg im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 hingegen der Summe der zu berücksichtigenden Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 Satz 3 oder liegt er darüber, ist nur die Summe der zu berücksichtigenden Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 Satz 3 auszugleichen. So wird sichergestellt, dass ein Ausgleich nach Satz 1 nur für Erlösanstiege erfolgt, die auf Ausgleichszahlungen zurückzuführen sind, und nicht auf andere Mehrerlöse des Krankenhauses. Der Ausgleich des errechneten Ausgleichsbetrags erfolgt nach Satz 6 über einen Zuschlag, sofern es sich um einen Ausgleich eines Erlösrückgangs handelt, oder über einen Abschlag, sofern es sich um einen Ausgleich eines Erlösanstiegs handelt, auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums und damit entsprechend zu dem den Vertragsparteien bekannten Verfahren des § 12 Satz 3 KHEntgG oder § 12 Satz 3 BPfIV. Damit wird sowohl eine zeitnahe und möglichst aufwandsarme Abwicklung ermöglicht als auch sichergestellt, dass alle Kostenträger an der Finanzierung des Ausgleichs beteiligt werden. Können die Vertragsparteien nach Satz 1 keine Einigung erzielen, besteht die Möglichkeit der Anrufung der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 KHG (Satz 7). Die Schiedsstelle legt den Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen fest. Die getroffene Vereinbarung ist zudem nach Satz 8 von der zuständigen Landesbehörde zu genehmigen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung der Vereinbarung innerhalb von vier Wochen nach Eingang, wenn die Vereinbarung oder die Festsetzung den Regelungen in diesem Absatz und in Absatz 1 sowie sonstigem Recht entspricht (Satz 9). § 14 Absatz 2 Satz 1 und 3 und Absatz 3 KHEntgG gilt für somatische sowie für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser entsprechend (Satz 10). Um die Verhandlungen zu vereinfachen, sind nach Satz 11 – analog der mit dem Krankenhauszukunftsgesetz für das Jahr 2020 beschlossenen Regelung – Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 KHEntgG oder § 3 Absatz 7 BPfIV auch für das Jahr 2021 ausgeschlossen. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Vereinbarung nach Satz 1 über den Ausgleich eines Erlösrückgangs oder eines Erlösanstiegs getroffen wurde.

Zu § 6

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten dieser Verordnung sowie das Außerkrafttreten der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die durch diese Verordnung abgelöst wird.