

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

**Gesetzentwurf der Fraktionen
SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung
des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung
der epidemischen Lage von nationaler Tragweite**

sowie

**zum geplanten Versorgungsaufschlag für Kranken-
häuser**

Stand: 12. November 2021

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	8
Zum Änderungsantrag 7 und 8	8
Zu Änderungsantrag 7 Artikel 20a Nummer 1 (§ 21a KHG) Versorgungsaufschläge für Krankenhäuser; Verordnungsermächtigung	8
Zu Änderungsantrag 7 Artikel 20a Nummer 2 (§ 23 KHG) Versorgungsaufschläge für Krankenhäuser; Verordnungsermächtigung	12
Zu Änderungsantrag 8 Artikel 20b Nummer 1 (§ 5 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser) Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser	13
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	15
Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Herbst 2021: Aktuelle Analysen und dringende Handlungsbedarfe („Rettungsschirm 3.0“)	15
Absenkung der Prüfquote für das Jahr 2022 auf 5 % (§ 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V) und Verschiebung der Einführung des variablen Prüfquotensystems um ein Jahr	24
Verschiebung des Beginns der Durchführung der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2023 (§ 275d Abs. 3 und 4 KHG)	26

Allgemeiner Teil

Die vierte Corona-Welle hat Deutschland erreicht. Die aktuelle Impfquote und die ergriffenen Präventionsmaßnahmen reichen nicht aus, um die massive Ausbreitung des Corona-Virus zu stoppen. In fast allen Bundesländern ist ein steiler Anstieg der 7-Tage-Inzidenz zu verzeichnen, mit kurzem zeitlichen Verzug ist ein entsprechender Anstieg der Corona-Patientinnen und -Patienten auf den Normal- und den Intensivstationen zu erwarten. Die Lage in den Krankenhäusern ist bereits jetzt vielerorts angespannt und wird sich in den kommenden Wochen und Monaten weiter zuspitzen. Der weitere deutliche Zuwachs an Krankenhauspatienten in den kommenden 14 Tagen ist bereits heute nicht mehr umkehrbar. Insbesondere die Intensivstationen stehen vor einer gewaltigen Herausforderung. Eine steigende Anzahl schwerkranker und pflegeintensiver Corona-Patientinnen und -Patienten trifft auf Personal, das sich seit März 2020 in einer emotionalen und arbeitsbelastenden Ausnahmesituation befindet. Die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten sind sich ihrer Verantwortung und Bedeutung für die Corona-Versorgung bewusst und unternehmen größte Anstrengungen, um die flächendeckende Versorgung weiterhin aufrechtzuerhalten. Dabei sind sie jedoch auf die Unterstützung der Politik angewiesen.

Seit Oktober 2021 sehen sich Krankenhäuser erneut gezwungen, planbare Eingriffe und Leistungen zu verschieben, um ausreichend Kapazitäten zur Behandlung von Corona-Patientinnen und -Patienten vorhalten zu können und dies bereits im Vorgriff auf entsprechende landesrechtliche Anordnung. Flächendeckende Kapazitätseinschränkungen aufgrund des erhöhten Infektionsgeschehens treffen alle Krankenhäuser auch ohne gleichzeitige COVID-Belegung. Diese zwingend notwendigen Maßnahmen schaffen einerseits Versorgungssicherheit, zugleich aufgrund des fallpauschalenbasierten Vergütungssystems aber auch eine hohe wirtschaftliche Unsicherheit. Die Krankenhäuser tun dies im Vertrauen darauf, dass auch die Partner der voraussichtlichen Ampelkoalition die damit verbundenen Liquiditäts- und Erlöseinbrüche kompensieren werden. In diesem Zusammenhang muss mit Nachdruck betont werden, dass grundsätzlich alle Krankenhäuser von dieser Entwicklung betroffen sind, da sich die gewünschte Zurückhaltung der Patientinnen und Patienten, bereits geplante Krankenhausaufenthalte während der Pandemie wahrzunehmen, gleichermaßen auf alle Krankenhäuser auswirkt, nicht nur auf die, die schwerpunktmäßig Corona-Patientinnen und -Patienten versorgen.

Versorgungsaufschlag

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP die Notwendigkeit der Unterstützung der Krankenhäuser während der vierten Welle anerkennen und entsprechende Entlastungsmaßnahmen mit dem nun vorliegenden Änderungsantrag auf den Weg bringen möchten. Der geplante Versorgungsaufschlag kann einen Beitrag zur wirtschaftlichen Sicherung der maßgeblich an der Corona-Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser leisten. Allerdings wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass alle Krankenhäuser unter den gegebenen Rah-

menbedingungen eines fallpauschalenbasierten Vergütungssystems in Kombination mit einem hohen Rückgang der Regelversorgung unter Erlös- und Liquiditätseinbrüchen leiden. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass alle Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, diesen finanziellen Rettungsschirm in Anspruch zu nehmen. Die Verknüpfung des Versorgungsaufschlags an die Corona-Versorgung ist auch vor dem Hintergrund der bereits etablierten und politisch gewünschten Versorgungsnetzwerke kritisch zu hinterfragen. Die Versorgungsaufteilung, teilweise mit COVID-Schwerpunktkliniken in einigen Regionen hat sich bewährt und ist aus vielerlei Gründen vorteilhaft (Erfahrung, Infektionsprävention usw.). Wir empfehlen deshalb dringend, den Rettungsschirm breiter zu fassen. In einem ersten Schritt könnte dazu der Pflegeentfelltwert, den die Kliniken zur Kompensation der Pflegekosten pro Belegungstag abrechnen, deutlich erhöht werden.

Infolge der nun vorgesehenen Ausgestaltung des Versorgungsaufschlags erhalten die Krankenhäuser lediglich 15% des Versorgungsaufschlags als erlöswirksame finanzielle Unterstützung. 85% des Aufschlages sind hingegen über den Ganzjahresausgleich zurückzuzahlen und damit eine reine Liquiditätshilfe. Hier fordern die Krankenhäuser mehr Anerkennung für ihren Beitrag in der Pandemiebekämpfung. Die Anrechnung des Versorgungsaufschlags im Rahmen des Ganzjahreserlösausgleichs 2021 (und 2022) sollte daher auf maximal 50% festgesetzt werden. Diese Maßnahme würde einen spürbaren Beitrag zur Entlastung der Krankenhäuser leisten.

Die Pandemie wird zum Jahreswechsel nicht überstanden sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Zahl der stationären Corona-Patientinnen und -Patienten zu diesem Zeitpunkt einen neuen Höchstwert erreichen wird. Zudem ist bereits jetzt absehbar, dass die Hospitalisierungszahlen und die Inzidenz in der Bevölkerung bis ins Jahr 2022 hinein auf einem hohen Niveau bleiben werden und die Krankenhäuser aufgrund der dargestellten Zusammenhänge weiterhin deutliche Leistungs- und Erlösverluste verzeichnen werden. Vor diesem Hintergrund ist auch für das Jahr 2022 eine Absicherung des Budgets zwingend notwendig. Der Änderungsantrag sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit über eine Verordnungsermächtigung auch einen Ganzjahreserlösausgleich für das Jahr 2022 regeln kann. Das Bundesministerium für Gesundheit wird dringend gebeten, zeitnah von dieser Verordnungsermächtigung Gebrauch zu machen. Dabei bedarf es zwingend einer erweiterten Betrachtung über die reinen akutstationären Erlöse der Krankenhäuser hinaus auch auf Erlöseinbußen aus den ambulanten Versorgungsbereichen und weiteren Nebenbetrieben.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass alle Krankenhäuser eine sofortige liquiditätssichernde Maßnahme benötigen und zur Budgetabsicherung und Planbarkeit im dritten Pandemiejahr 2022 bereits jetzt der Ganzjahreserlösausgleich 2022 gesetzlich auf den Weg gebracht werden muss. Zur ganzheitlichen wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser und zur Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit bedarf es darüber hinaus noch der folgenden Maßnahmen:

1. Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes zum 1.12.2021 auf 213 Euro

Aufgrund der komplexen und oft konfliktbehafteten Verhandlungen über die Pflegebudgets der Krankenhäuser konnten für 2020 bisher nur maximal die Hälfte aller Pflegebudgets vereinbart werden. Für 2021 wurden bislang nur vereinzelt Pflegebudgets fortgeschrieben. Im Ergebnis können die Krankenhäuser ihre tatsächlichen Pflegepersonalkosten – inkl. Personalaufbau sowie Lohnentwicklung – noch immer nicht vollständig refinanzieren.

Die fehlenden Budgetvereinbarungen in Kombination mit der pandemiebedingten, geringeren Belegung führen zu einer Liquiditätslücke bei den Krankenhäusern, die durch einen höheren vorläufigen Pflegeentgeltwert wirksam abgeschwächt werden könnte.

2. Nachbesserung des Ganzjahreserlösausgleichs 2021

Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs im Rahmen des Ganzjahresausgleichs 2021 sind gemäß der aktuell geltenden Rechtslage nur 98 Prozent der Erlöse für 2019 (s. g. angepasster Budget-Referenzwert) zu berücksichtigen. Eine 2%ige Erlösdifferenz zu 2021 wird insofern grundsätzlich nicht ausgeglichen, was seitens des Verordnungsgebers mit einem Leistungsanreiz begründet wurde. Bereits über den nur 85%-Ausgleich ist dieser Anreiz bereits ausreichend gegeben. Vielmehr führt diese Regelung dazu, dass grundsätzlich 2% der Leistungsrückgänge nicht berücksichtigt werden können. Bei einem Budgeterlös von 100 Mio. € würden somit bereits 2 Mio. € Erlöse in Gänze nicht ausgeglichen. Mit zunehmend größeren Leistungsrückgängen vergrößern sich jedoch auch die nicht ausgeglichenen Erlösverluste der Krankenhäuser. Für Nordrhein-Westfalen bedeutet dies beispielsweise, dass 300 Mio. € nur in Bezug auf das Ausgabenvolumen der DRG-Fallpauschalen nicht ausgeglichen werden. Angesichts der unerwarteten und erneuten äußerst prekären Lage müssen die finanziellen Verluste der Krankenhäuser wirksamer begrenzt werden als ursprünglich vorgesehen. Die Krankenhäuser fordern daher dringend die Streichung der 2%-Absenkung der Vergleichsgröße des Jahres 2019, die sich in Anbetracht der neuen Situation und unter Berücksichtigung der grundsätzlich nur anteiligen Ausgleichs nicht mehr rechtfertigen lässt.

Detaillierte Ausführungen und Hintergrundanalysen zur Entwicklung des Leistungsgeschehens und zum ganzheitlichen Konzept eines „Rettungsschirms 3.0“ sind dem weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf zu entnehmen.

Corona-Mehrkostenzuschlag fortführen

Mit dem Corona-Mehrkostenzuschlag sollen anderweitig nicht finanzierte coronabedingte Mehrkosten im Zusammenhang mit einer voll- und teilstationären Behandlung refinanziert werden. Dieser Zuschlag läuft nach aktueller Gesetzeslage Ende 2021 aus. Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass 2022 diese coronabedingten Mehrkosten dann in der DRG-Kalkulation abgebildet sein müssten. Sofern die coronabedingten Mehrkosten tatsächlich in das Finanzierungssystem überführt werden, wären diese Kostensteigerungen systemlogisch über die Anhebung der Landesbasisfallwerte umzusetzen. Eine Refinanzierung über die Landesbasisfallwerte ist allerdings auf Basis der

aktuellen Rechtslage nicht sichergestellt. Hier bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung. Als alternative Lösungsoption ist auch ein pauschaler Rechnungszuschlag denkbar.

Impfquote steigern

Von übergeordneter Wichtigkeit sind die weiteren Bemühungen zur Steigerung der Impfquote. Um die vierte Coronawelle zu brechen und die Intensivstationen vor Überlastung zu schützen, muss umgehend das Impftempo erhöht werden. Dazu gehört auch Klarheit, ob eine Impfpflicht für Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen umgesetzt werden soll. Zugleich muss die Geschwindigkeit der Booster-Impfungen deutlich erhöht werden, um die besonders vulnerablen Gruppen zu schützen.

Krankenhäuser spürbar von Bürokratie entlasten

Damit die Krankenhäuser sich mit allen Kräften auf die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten und damit der Bekämpfung der Pandemie konzentrieren können, müssen diese sofort spürbar von Bürokratie- und Dokumentationsanforderungen entlastet werden.

In dem Glauben, dass die Pandemieauswirkungen 2021 für die Krankenhäuser weniger belastend werden, hat der Gesetzgeber die für 2020 auf 5% abgesenkte Prüfquote in 2021 wieder auf 12,5 % festgesetzt. Leider zeigt sich aktuell umso deutlicher, dass sich diese Vermutung als falsch herausgestellt hat. Das medizinische und pflegerische Personal wird dringendst vollumfänglich für die Patientenversorgung benötigt und darf nicht in bürokratischem Aufwand gebunden werden. Vor diesem Hintergrund ist die **Prüfquote für 2022 wieder auf 5%** abzusenken. Unter keinen Umständen akzeptabel ist die aktuell im Gesetz vorgesehene Scharfschaltung und Erhöhung der Prüfquote auf bis zu 15%.

Auch der Beginn der extrem aufwendigen und erstmaligen Durchführung der OPS-Strukturprüfung ist zu diesem Zeitpunkt der Pandemie nicht zu rechtfertigen. Für diese Prüfungen stehen aktuell keine ausreichenden (Personal-)Ressourcen der Krankenhäuser zur Verfügung, wenn sie nicht aus der Patientenversorgung abgezogen werden sollen. **Die OPS-Strukturprüfungen sind zwingend um ein weiteres Jahr auf 2023 zu verschieben.**

Pandemiebedingte Sanktionsbefreiung der Pflegepersonaluntergrenzen

Wie bereits dargestellt, steigt die Anzahl der stationären Corona-Patientinnen und Patienten derzeit rasant. Angesichts der noch zu niedrigen Impfquote ist mit einem weiteren Anstieg in den kommenden Wochen zu rechnen. In der Pädiatrie führt die hohe Anzahl der Respiratorischen Synzytial-Virus-Infektionen (RSV) zusätzlich dazu, dass die entsprechenden Stationen mittlerweile überfüllt sind und keine Reservekapazitäten mehr existieren. Dabei wird deutlich, dass die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen hier nicht mehr eingehalten werden können. Damit besteht die Gefahr, dass Kliniken für ihr Engagement in der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten finanziell bestraft werden. Alternativ wären Krankenhäuser gezwungen, Betten zu sperren und damit die dringend notwendige Versorgung von schwerkranken Patientinnen und Patienten einzuschränken. Das kann politisch nicht gewollt sein.

Die in der PpUGV formulierten Ausnahmetatbestände sind nicht ausreichend, da die Entscheidung über das Vorliegen einer Ausnahmesituation – und der damit verbundenen Sanktionsbefreiung – letztlich den Kassen vor Ort überlassen wird. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, eine grundsätzliche PpUG-Sanktionsbefreiung für die Krankenhäuser rückwirkend ab 1. Oktober 2021 einzuführen. Alternativ könnte eine entsprechende Klarstellung auch direkt in der noch ausstehenden PpUGV 2022 aufgenommen werden. Sollte ein differenzierteres Vorgehen zur Sanktionsbefreiung angestrebt werden, so könnten entsprechend sinnvolle und handhabbare Kriterien vorgegeben werden, z. B. Anzahl Covid-Patientinnen und -Patienten oder Anzahl RSV-Patientinnen und -patienten.

Besonderer Teil

Zu den Änderungsanträgen 7 und 8

Zu Änderungsantrag 7 Artikel 20a Nummer 1 (§ 21a KHG)

Versorgungsaufschläge für Krankenhäuser; Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 der Regelung wird vorgegeben, dass die Krankenhäuser bei der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion einen zeitlich befristeten Versorgungsaufschlag erhalten. Der Versorgungsaufschlag wird für die Zeit vom 1. November 2021 bis zum 20. März 2022 zusätzlich zur Vergütung für die stationäre Behandlung gewährt. Die Regelung gilt nicht für Patientinnen und Patienten, die am Tag der Aufnahme oder am darauffolgenden Tag in ein anderes Krankenhaus verlegt werden.

In Absatz 2 werden Vorgaben zur Ermittlung des Versorgungsaufschlages geregelt. Hierzu wird für jeden COVID-19 Fall die sich aus der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung ergebende tagesbezogene Pauschale mit 90 Prozent multipliziert. Die so ermittelte anteilige Pauschale wird mit der durchschnittlichen Verweildauer der in somatischen Krankenhäusern mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten (13,9 Tage) multipliziert. Die Versorgungsaufschläge gelten sowohl für die somatischen Krankenhäuser, für die besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG als auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser.

In Absatz 3 bis Absatz 8 werden das Verfahren und die Abrechnung der Zahlungen der Versorgungsaufschläge geregelt. Die Regelungen orientieren sich weitgehend an dem Verfahren, in dem die Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG an die Krankenhäuser gezahlt worden sind.

Nach dem Regelungsinhalt des § 21 Abs. 1 Abs. 3 KHG kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel Unterlagen vom Krankenhaus anfordern. Die Länder haben die Ergebnisse ihrer krankenhausbefugten Prüfung der Meldungen an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln. Dabei ist darzustellen, welche zusätzlichen Unterlagen für die Prüfung angefordert wurden.

Nach Absatz 7 übermitteln die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 15. Januar 2022 für das Jahr 2021 und bis zum 20. April 2022 für das Jahr 2022 eine krankenhausbefugte Aufstellung der ausgezahlten Finanzmittel. Der GKV-SV übermittelt den Vertragsparteien nach § 18

Absatz 2 die Höhe der einem Krankenhaus ausgezahlten Beträge, differenziert nach den Jahren 2021 und 2022.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die Regelung zum Versorgungsaufschlag für die Krankenhäuser. Der Gesetzgeber erkennt hierbei die besondere Leistung der Krankenhäuser in der Pandemie an und installiert – vor dem Hintergrund der massiv steigenden Fallzahlen – eine Absicherung für die angespannte finanzielle Lage in den Krankenhäusern. Insbesondere begrüßt die DKG, dass auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in die Regelungen mit einbezogen werden. Um die Versorgung der Bevölkerung auch in der aktuellen Krisensituation sicherzustellen, benötigen aber alle Krankenhäuser finanzielle Unterstützung um den Betrieb weiter aufrecht zu erhalten.

Zu Absatz 1:

Die DKG hat in ihrem Mitgliedsbereich eine Umfrage zur Fallzahl- und Case-Mix-Entwicklung im Jahr 2021 durchgeführt. Demnach erwarten die Krankenhäuser für das Jahr 2021 insgesamt einen Rückgang des Leistungsniveaus in Höhe von circa 12 Prozent. Die Umfrage fand im Zeitraum vom 15.09.2021 bis 15.10.2021 statt. Insofern sind die Ergebnisse ohne die sich aktuell verschärfende Entwicklungen der Corona-Pandemie zu bewerten. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die Prognosen sogar zu optimistisch ausgefallen sind. Insofern befinden sich die Krankenhäuser erneut in einer absolut mit 2020 vergleichbaren und damit finanziell äußerst angespannten Lage, die dringenden Handlungsbedarf nach sich zieht.

Vor diesem Hintergrund sollten alle Krankenhäuser von unterstützenden Zahlungen zum Ausgleich der bestehenden Erlösverluste von dem Versorgungsaufschlag profitieren. Im Rahmen der Pandemie haben sich in vielen Ländern Netzwerke mit koordinierten Krankenhäusern gebildet, die die Versorgung sicherstellen. Eine alleinige Berücksichtigung der COVID-19-Fälle beim Versorgungsaufschlag greift insofern zu kurz, da beispielsweise im Rahmen dieser Netzwerke Krankenhäuser die Corona-Versorger von der Behandlung der Grund- und Regelversorgung entlasten und dafür Kapazitäten freihalten. Dies gilt auch für Krankenhäuser ohne Corona-Schwerpunktversorgung. Diese – in der Pandemie gewachsenen Strukturen – werden durch den alleinigen Bezug auf die COVID-19-Fälle konterkariert. Hinzu kommt, dass die Fallzahlen erfahrungsgemäß immer korrespondierend mit hohen Inzidenzwerten einbrachen. Aufgrund der nahezu vollständigen Finanzierung der Krankenhäuser über Fallpauschalen brechen bei allen Krankenhäusern die regulären Erlöse ein.

Die Regelung, dass verlegenden Krankenhäuser keinen Versorgungsaufschlag erhalten sollen, wird mit dem geringeren Anteil an der Versorgung der COVID-Patienten begründet. Allerdings müssen auch diese Krankenhäuser wiederum hohe Hygienemaßnahmen einhalten. Dies ist insbesondere problematisch, da die Zuschläge nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die den Krankenhäusern im Zusammenhang mit der voll- und teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, zum 31.12.2021 auslaufen. Aufgrund der Kon-

stanthaltung des nationalen Case Mixes bei der Normierung des aG-DRG-Systems ist eine Refinanzierung der coronabedingten Mehrkosten über das DRG-System nicht sichergestellt. Vielmehr werden die anderen Leistungen abgewertet, was zu einer zusätzlichen Schlechterstellung der Häuser ohne Corona-Fälle führt.

Zu Absatz 2:

Die Ausgleichszahlungen nach der COVID-19-Ausgleichszahlungsanpassungsverordnung bilden die krankenhausesindividuell errechneten Schweregrade des Fallspektrums ab und refinanzieren die durch die Belegung der Betten entgangenen Kosten. Diese Zahlungen sollen mit der durchschnittlichen Verweildauer der COVID-19-Patienten multipliziert werden. Es erschließt sich inhaltlich nicht, warum diese Pauschalen noch mit dem Faktor 0,9 (90 Prozent) multipliziert werden sollen. Dies ist nicht sachgerecht und die Regelung der nur 90-prozentigen Berücksichtigung ist in jedem Fall zu streichen.

Zu Absatz 3 / Absatz 8:

Vor dem Hintergrund der steigenden Anforderungen an die Abläufe der Krankenhäuser, die mit dem massiven Anstieg der Corona-Patienten einhergehen, muss sichergestellt sein, dass die Versorgungsaufschläge möglichst bürokratiearm und ohne nochmaligen Prüfungsaufwand an die Krankenhäuser ausgeschüttet werden. Die sollte bei der Umsetzung der Regelungen grundsätzlich beachtet werden.

Die Regelung im Gesetzestext zu Absatz 3 passt nicht zur Regelung in Absatz 8 und der korrespondierenden Begründung. So wird im Wortlaut von Absatz 3 auf die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel abgestellt. In der Begründung zu Absatz 3 wird allerdings auf die Prüfung der Korrektheit der Meldungen der Mittelbedarfe der Krankenhäuser durch die Länder vor Weiterleitung an das BAS abgestellt.

Da bei dem Versorgungsaufschlag – analog der Ausgleichszahlungen – keine Prüfung der zweckentsprechenden Mittelverwendung vorgesehen ist, sollte diese Formulierung im Wortlaut des Absatzes 3 der Gesetzesbegründung angepasst werden. Anderenfalls erschließt sich nicht, wie die Krankenhäuser bei einer nur anteiligen Berücksichtigung im Rahmen des Ganzjahresausgleich 2021 die zweckentsprechende Mittelverwendung nachweisen sollen. Vor dem Hintergrund des aktuellen Infektionsgeschehens dürfte ein derartiger Prüfungsaufwand für die Krankenhäuser kaum umsetzbar sein.

Im korrespondierenden Absatz 8, in dem die Übermittlung der Ergebnisse der krankenhausesbezogenen Prüfung der Meldung geregelt ist, wird zudem auch nicht auf die zweckentsprechende Mittelverwendung abgestellt.

Zu Absatz 7:

Zur Plausibilisierung und zur Unterstützung der weiteren Diskussion, sind die Daten der Länder nicht nur an den GKV-SV sondern auch an die DKG zu übermitteln. Dies ist

notwendig, um eine sachgerechte Diskussion zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung in 2022 auf Basis der gleichen Datengrundlage führen zu können.

Änderungsvorschlag

§ 21a Abs. 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„§ 21a

Versorgungsaufschlag an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2

(1) Zugelassene Krankenhäuser erhalten vom 1. November 2021 bis zum 20. März 2022 einen Versorgungsaufschlag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

(2) Die Krankenhäuser ermitteln die Höhe des Versorgungsaufschlags nach Absatz 1, indem sie täglich, erstmals für den 1. November 2021, 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 für das jeweilige Krankenhaus geltenden tagesbezogenen Pauschale nach § 1 der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 3. Juli 2020 (BGBl. I S. 1556) oder der sich aus der Anlage zu dieser Verordnung ergebenden tagesbezogenen Pauschale zu multiplizieren.

Zudem werden die nachfolgenden Absätze wie folgt geändert:

(3) Die Krankenhäuser nach Absatz 1 Satz 1 ermitteln die Höhe des Versorgungsaufschlags nach Absatz 2 und melden ~~wöchentlich die Zahl der mit dem Coronavirus SARS-Cov-2 infizierten Patientinnen und Patienten sowie~~ den sich jeweils ergebenden Betrag nach Absatz 1 Satz 1 an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die die von den Krankenhäusern gemeldeten Beträge prüft und summiert. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann für die Prüfung der ~~zweckentsprechenden Verwendung der Mittel der Meldung nach Satz 1~~ Unterlagen von den Krankenhäusern anfordern. Die Ermittlung nach Satz 1 ist erstmalig für die 44. Kalenderwoche des Jahres 2021 und letztmalig für die 11. Kalenderwoche des Jahres 2022 durchzuführen. § 21 Absatz 2a Satz 5 und 6 gilt entsprechend. [...]

(5) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 30. November 2021 das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der ~~mit dem Coronavirus SARS-Cov-2 infizierten im jeweiligen Krankenhaus~~ täglich voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen oder Patienten ~~im Vergleich zum Referenzwert~~. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren zwei Wochen fest. [...]

(7) Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit, ~~und~~ dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **und der Deutschen Krankenhausgesellschaft** bis zum 15. Januar 2022 für das Jahr 2021 und bis zum 20. April 2022 für das Jahr 2022 eine krankenhausbetreffende Aufstellung der nach Absatz 4 Satz 3 ausbezahlten Finanzmittel. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die Höhe der einem Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 ausbezahlten Beträge, differenziert nach den Jahren 2021 und 2022.

Zu Änderungsantrag 7 Artikel 20a Nummer 2 (§ 23 KHG)

Versorgungsaufschläge für Krankenhäuser; Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in § 23 Absatz 2 Nummer 4 KHG wird die Verordnungsermächtigung zur Regelung eines Ganzjahresausgleichs auf das Jahr 2022 erweitert.

Mit der Änderung in § 23 Abs. 3 KHG wird die Verordnungsermächtigung auf wesentliche Inhalte des neuen § 21 Abs. 1 KHG ausgeweitet.

Stellungnahme

Insbesondere die Ausweitung der Verordnungsermächtigung zur Regelung eines Ganzjahresausgleichs wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund der Infektionslage in der 4. Welle ist bereits jetzt absehbar, dass der größte Teil der Krankenhäuser ohne eine Erlösabsicherung für das Jahr 2022 nicht wirtschaftlich bestehen kann.

Für den Ganzjahresausgleich 2021 fordert die DKG aufgrund der unerwartet hohen Fallzahl daher dringend die Streichung der 2%-Absenkung des Budget-Referenzwertes des Jahres 2019, die sich in Anbetracht der neuen Situation und unter Berücksichtigung der grundsätzlich nur anteiligen Ausgleichs nicht mehr rechtfertigen lässt (Vgl. § 5 Abs. 9 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser).

Da nach den aktuellen Regelungen des § 21 Abs. 1a KHG in 2022 die Finanzhilfen auf Corona-Patienten beschränkt sind, ist bereits jetzt darauf hinzuweisen, dass der Ausgleichssatz für Erlösrückgänge für den Ganzjahresausgleich 2022 mit 85% nicht tragfähig ist. Zur wirtschaftlichen Sicherung ist hier ein deutlich höherer Ausgleichssatz notwendig.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Änderungsantrag 8 Artikel 20b Nummer 1 (§ 5 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)

Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Änderungen der Verordnung handelt es sich um notwendige Folgeänderungen zu der mit der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehenen Einführung von Versorgungsaufschlägen. Die Folgeänderungen sehen vor, dass die Versorgungsaufschläge, soweit sie auf das Jahr 2021 entfallen, bei der Durchführung der Erlösausgleiche für das Jahr 2021 zu berücksichtigen sind.

Nach Nummer 1, Nummer 2 und Nummer 4 sind hierzu die notwendigen Vorgaben zur Anpassung der Vereinbarung nach § 5 Absatz 1 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Corona-Ausgleichsvereinbarung 2021) zu treffen.

In Nummer 3 wird vorgegeben, dass die Versorgungsaufschläge, die für das Jahr 2021 geleistet wurden, wie Ausgleichszahlungen bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2021 zu berücksichtigen sind (Anrechnung in Höhe von 85% bei der Durchführung des Ganzjahresausgleichs 2021).

In Nummer 5 wird vorgegeben, dass die Vertragsparteien auf Ortsebene verpflichtet sind, einen Erlösanstieg zu vereinbaren, der neben Ausgleichszahlungen auch durch Versorgungsaufschläge begründet sein kann. Eine Verpflichtung, einen Erlösausgleich durchzuführen, gilt nach Nummer 5 Buchstabe b für alle Krankenhäuser, die einen Versorgungsaufschlag erhalten haben. In der Begründung heißt es hierzu weiter, dass die Regelung dem Charakter des Versorgungsaufschlags als Liquiditätshilfe Rechnung trägt.

In Nummer 6 wird vorgegeben, dass die Vertragsparteien auf Ortsebene bei der Vereinbarung des Ausgleichsbetrags die Versorgungsaufschläge, die für das Jahr 2021 geleistet wurden, zu berücksichtigen haben.

Stellungnahme

Zu Nummer 1, Nummer 2 und Nummer 6:

Die Einbeziehung der Versorgungsaufschläge in den Ganzjahresausgleich 2021 ist technisch sachgerecht umgesetzt.

Zu Nummer 3:

Die Regelung, dass die Versorgungsaufschläge nicht vollständig in den Ganzjahresausgleich 2021 einbezogen und wie Ausgleichszahlungen behandelt werden, wird begrüßt. Insofern bleibt auch sichergestellt, dass die in der Kalkulation der Ausgleichszah-

lungen einbezogene weitere Kostenbestandteile für beispielsweise ambulante Leistungen beim Krankenhaus verbleiben.

Zur besonderen Situation der Versorgung der Corona-Patienten sollte, bei Beibehaltung der ausschließlichen Finanzierung des Versorgungsaufschlags für COVID-19-Patienten, der Anrechnungssatz auf 50 Prozent abgesenkt werden.

Zu Nummer 5:

Die Regelung, dass alle Krankenhäuser die einen Versorgungsaufschlag nach § 21 Abs. 1a Satz 1 KHG abgerechnet haben verpflichtet sind einen Ganzjahresausgleich 2021 zu vereinbaren, führt in der Gesamtschau zu nicht sachgerechten Ergebnissen.

Der Versorgungsaufschlag wird den Krankenhäusern für die Behandlung von Corona-Patienten gewährt. Da sich diese Mittel – aufgrund der Netzwerkorganisation der Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen – ungleich über die Krankenhäuser verteilen dürften, führt diese Regelung im Ergebnis dazu, dass stark betroffene Krankenhäuser einen Großteil der finanziellen Hilfen wieder zurückzahlen müssen.

Die von Corona-Patienten weniger stark betroffenen Krankenhäuser erhalten allerdings keine Liquiditätssicherung. Aus Sicht der DKG ist eine Liquiditätshilfe für alle Krankenhäuser erforderlich, die direkt und indirekt an der Versorgung der Corona-Patienten beteiligt sind.

Änderungsvorschlag

Zu Nummer 3:

In Absatz 4 ~~Satz 1~~ wird folgender Satz 2 angefügt:

~~werden nach den Wörtern „§ 21 Absatz 1a Satz 1“ die Wörter „sowie Abweichend von Satz 1 sind die für das Jahr 2021 gezahlten Versorgungsaufschläge nach § 21a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Höhe von 50 Prozent zu berücksichtigen.“ eingefügt.~~

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Herbst 2021: Aktuelle Analysen und dringende Handlungsbedarfe („Rettungsschirm 3.0“)

Angesichts des exponentiellen Anstiegs der 7-Tage-Inzidenzen in fast allen Bundesländern wird sich die Lage in den Krankenhäusern in den kommenden Wochen und Monaten dramatisch zuspitzen. Äußerst kritisch ist insbesondere die Situation auf den Intensivstationen. Die zunehmende Zahl der Covid-Patientinnen und -Patienten trifft auf Intensivstationen, dessen Personal bereits in den vergangenen Pandemie-Wellen an seine Belastungsgrenze - und vielerorts auch darüber hinaus - gehen musste.

Seit Oktober dieses Jahres sehen sich zudem immer mehr Krankenhäuser gezwungen, planbare Eingriffe zu verschieben, um ausreichend Kapazitäten zur Behandlung von Covid-Patientinnen und -Patienten vorhalten zu können. Schon jetzt ist absehbar, dass bereits in den kommenden Tagen in vielen Ländern die nächsten Stufen der jeweiligen Corona-Frühwarnsysteme („Corona-Ampeln“) erreicht werden. Die Krankenhäuser wurden daher vielerorts bereits von ihrer Landesregierung aufgefordert, sämtliche planbare Operationen abzusagen. Auch ohne eine gesetzliche Verpflichtung per Landesverordnung kommen die Krankenhäuser dieser Forderung selbstverständlich nach, erwarten aber im Gegenzug - und völlig zu Recht - eine angemessene Kompensation der dadurch ausgelösten Liquiditäts- und Erlöseinbrüche. Zwingend zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass die noch im Frühjahr 2021 für den gesamten Jahresverlauf erwartete wirtschaftliche Erholung der Krankenhäuser nicht eingetreten ist. Ganz im Gegenteil. Selbst im Sommer, als die Inzidenzen in allen Bundesländern äußerst niedrig waren, konnten die Krankenhäuser das Leistungsniveau der Vor-Pandemie-Zeit nicht erreichen. Bereits vor Beginn der vierten Pandemiewelle erwarteten die Krankenhäuser für das Gesamtjahr 2021 einen Fallzahlrückgang von rund 12%. Aufgrund der in diesem Ausmaß nicht zu erwartenden vierten Welle muss davon ausgegangen werden, dass der Fallzahl- und Erlösrückgang sogar noch deutlich höher ausfallen wird. Ausdrücklich zu betonen ist an dieser Stelle, dass grundsätzlich alle Krankenhäuser von dieser Entwicklung betroffen sind, da sich vor allem auch die Zurückhaltung der Patientinnen und Patienten, bereits geplante Krankenhausaufenthalte während der Pandemie tatsächlich wahrzunehmen, gleichermaßen auf alle Krankenhäuser auswirkt. In diesem Zusammenhang weisen wir ausdrücklich auf die beigefügte Analyse zum nicht vorhandenen Zusammenhang zwischen der Leistungsentwicklung der Krankenhäuser im Pandemieverlauf und dem Vorhandensein von Ausgleichszahlungen für die Freihaltung von Behandlungskapazitäten hin.

Die geschilderten Entwicklungen machen ein entschlossenes Handeln und Eingreifen des Gesetzgebers zwingend erforderlich. Die Krankenhäuser fordern die geschäftsführende Bundesregierung und die Partner der geplanten Ampelkoalition daher auf, im Rahmen Ihres „Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ ergänzend zur Einführung des Versorgungsaufschlags die folgenden Maß-

nahmen zur Vermeidung einer Überlastung der Krankenhäuser und zu deren wirtschaftlicher Absicherung auf den Weg zu bringen:

1. Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes zum 1.12.2021 auf 213 Euro
2. Nachbesserung des Ganzjahreserlösausgleichs 2021
3. Ausgleichs- bzw. Abschlagzahlungen ab 1.11.2021
4. Ganzjahreserlösausgleich 2022

Weiterführende Informationen zur derzeitigen Ausgestaltung des Ganzjahreserlösausgleichs 2021, zum nicht vorhandenen Zusammenhang zwischen Leistungsentwicklung und Ausgleichszahlungen und zur konkreten Ausgestaltung der für die Jahre 2021 und 2022 erforderlichen Maßnahmen zur wirtschaftlichen Entlastung und Sicherung der Krankenhäuser sind den folgenden Ausführungen zu entnehmen.

Bestehende implizite Leistungsanreize im Rahmen des Erlösausgleichs für 2021

Die wirtschaftliche Absicherung der Krankenhäuser im Jahr 2021 erfolgt über einen Erlösausgleich, der sich wie für das Jahr 2020 an den jeweiligen Leistungsvolumen des Krankenhauses im Jahr 2019 orientiert. Der Erlösausgleich führt jedoch nicht zu einem vollständigen Ausgleich der entfallenden Erlöse. Dies ist politisch begründet und soll Krankenhäuser mit geringeren Leistungsrückgängen besserstellen gegenüber Krankenhäusern mit höheren Rückgängen. Es soll dadurch sichergestellt werden, dass die Regelleistungen, auch bei entsprechenden Aufforderungen der Länder und des Bundes, nicht weiter als unbedingt nötig zurückgefahren werden.

Für die Krankenhäuser besteht daher aufgrund der folgenden Regelungen des Ausgleichs zu keiner Zeit ein Anreiz Leistungen zu reduzieren:

- Direkt mit der Leistung verknüpfte, variable Kosten werden schon aus der Vergleichsgröße des Jahres 2019 herausgerechnet und werden daher grundsätzlich nicht ausgeglichen.
- Die verbleibende Erlösdifferenz wird nur zu 85% ausgeglichen. Das bedeutet für das Krankenhaus entsteht mindestens einen Erlösverlust in Höhe von 15% der Erlösdifferenz.
- Hinzu kommt die für den Ausgleich des Jahres 2021 rein politisch motivierte Absenkung der Vergleichsgröße des Jahres 2019 um 2%. Das bedeutet, dass dieser Fehlbetrag noch zusätzlich zu den nicht vollständigen Ausgleichen von den Krankenhäusern getragen werden muss.
- In 2021 konnten Ausgleichszahlungen den Verlust begrenzen. Allerdings waren Ausgleichszahlungen nur bis 15.06.2021 möglich und darüber hinaus aufgrund der eingrenzenden Kriterien wie regionale Inzidenzwerte, Intensivauslastung und Notfallstufenzuordnungen nur für bestimmte Krankenhäuser möglich. Die Leistungseinbrüche betreffen allerdings viele Krankenhäuser und werden nicht mit diesen Kriterien erfasst.
- Die Ausgleichszahlungen werden gesetzlich vorgegeben nur zu 90% des eigentlich ermittelten Bedarfes an die Krankenhäuser ausgezahlt.
- Auch wenn Ausgleichszahlungen abgerufen werden konnten, ersetzen diese die Erlösausfälle daher nur teilweise und beinhalten ebenfalls einen impliziten Leistungsanreiz.
- Sollten die Erlöse des Krankenhauses aufgrund von Ausgleichszahlungen das Erlösniveau des Jahres 2019 überschreiten, sind diese Finanzierungsmittel zurückzuzahlen. Angesichts der erneut deutlichen Leistungsrückgänge in 2021 ist dies aber nur in Ausnahmefällen zu erwarten.

Beispielrechnung

Erlös des Krankenhauses 2019: 50 Mio. Euro
Erlös des Krankenhauses 2021: 45 Mio. Euro
Nach Abzug der variablen Sachkosten (15 Prozent):

Erlös des Krankenhauses 2019: 42,5 Mio. Euro
Erlös des Krankenhauses 2021: 38,25 Mio. Euro

Nach Anpassung der Erlöse 2019 (Absenkung um 2% gemäß § 5 Abs. 9 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser):

Erlös des Krankenhauses 2019: 41,65 Mio. Euro
Erlös des Krankenhauses 2021: 38,25 Mio. Euro
Erlösdifferenz 2021 / 2019: 3,4 Mio. €
Ausgleich (85 %): 2,89 Mio. €

Erlöse des Krankenhauses nach Ausgleich:
Erlös des Krankenhauses 2019: 42,5 Mio. Euro
Erlös des Krankenhauses 2021: 41,14 Mio. €
Verbleibender Erlösverlust für das Krankenhaus: 1,36 Mio. €

Das bedeutet, dass ein Krankenhaus mit einem Jahresbudget von 50 Mio. Euro bei einem 10%-igen Leistungsrückgang und durchschnittlichen variablen Kosten von 15% ein geplantes Defizit von 1,36 Mio. Euro tragen muss.

Analysen zu impliziten Leistungsanreizen durch Ausgleichszahlungen

Seitens des GKV-SV wird vielfach argumentiert, dass aufgrund der Ausgleichszahlungen ein Anreiz bestehe, Operationen und medizinische Leistungen abzusagen. Nachfolgend soll hierzu eine Analyse des Leistungsgeschehens der Krankenhäuser des Jahres 2020 / 2021 erfolgen.

Methodischer Hintergrund:

Zur Analyse des Leistungsgeschehens erfolgte eine Verknüpfung der nachfolgenden Datenquellen. Hierzu wurden tagesbezogen die verschiedenen Variablen miteinander verknüpft.

Corona-Infektionszahlen (Differenz Vortag COVID):

Auf der Internetseite des RKI wurden die tagesbezogenen Neu-Infektionszahlen der COVID-Patienten abgefragt. Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurden nur die am jeweiligen Tag gemeldeten Differenzen zum Vortag in die weitere Analyse einbezogen.

Entlassungen aus dem Krankenhaus (Entlassungen KH 2019, Entlassungen KH 2020):

Zur Darstellung der tatsächlichen Fallzahl wurden die Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2019 und 2020 analysiert. Zur Analyse des Fallgeschehens wurden die am jeweiligen Tag entlassenen voll- und teilstationären Fälle einbezogen.

Entlassungen von COVID-Patienten aus dem Krankenhaus (Entlassungen KH COVID):

Zur Darstellung der COVID-Fallzahl wurden die Daten nach § 21 KHEntgG des 2020 analysiert. Zur Analyse des Corona-Fallgeschehens wurden die am jeweiligen Tag entlassenen voll- und teilstationären Fälle mit der Nebendiagnose U07.1 COVID-19, *Virus nachgewiesen* selektiert.

Entlassungen aus dem Krankenhaus (2021):

Zur Fortführung der Zeitreihe wurden die nach § 21 Abs. 3b Satz 1 Nummer 1 KHEntgG an das InEK übermittelten Daten händisch ausgelesen und in der Zeitreihe ergänzt.

Zur weiteren Analyse wurden die tagesbezogenen Daten auf Kalenderwochen aggregiert. Dies war notwendig, um Effekte, wie beispielsweise das Schaltjahr in 2019 in der Analyse ausgleichen zu können. Zudem wurden die jeweiligen Zeitpunkte der Ausgleichszahlungen eingefügt.

1. Undifferenzierte Ausgleichszahlungen: Zeitraum vom 16.03.2020 bis 12.07.2020

2. Differenzierte Ausgleichszahlungen: Zeitraum vom 13.07.2020 bis 30.09.2020
3. Keine Ausgleichszahlungen: Zeitraum vom 01.10.2020 bis 17.11.2020
4. Erneute Ausgleichszahlungen: ab dem 18.11.2020

Ergebnis:

Die Ergebnisse sind in Abbildung 1 dargestellt.

Fallzahlen und COVID-Neuinfektionen:

Bei der Analyse des Fallgeschehens des Jahres 2019 im Vergleich zu 2020 lässt sich ein deutlicher Leistungsrückgang über den gesamten Jahreszeitraum feststellen. Hierbei zeigt sich eine deutliche Korrelation mit dem tatsächlichen Inzidenz-Geschehen nach der ersten Welle im Februar/März 2020.

Über den Sommer des Jahres 2020 zeigt sich eine leichte Erholung des Leistungsgeschehens auf – im Vergleich zu 2019 – niedrigem Niveau. Als Mitte Oktober 2020 die Zahl der Corona-Neuinfektionen zu steigen begann, führte dies zu einer Reduktion des Fallgeschehens.

Als Zwischenergebnis lässt sich festhalten, dass die Fallzahlen der Krankenhäuser bei steigenden Corona-Zahlen sinken.

Fallzahlen und Ausgleichszahlungen:

Betrachtet man nun etwaige Effekte der Ausgleichszahlungen auf das Leistungsgeschehen, so wird seitens der Kostenträger die These vertreten, dass bei der Aussetzung von Ausgleichszahlungen die Fallzahl steigen müsste. Bei der Fortführung von Ausgleichszahlungen hingegen, müsse von einem Rückgang der Fallzahlen ausgegangen werden.

Betrachtet man den Zeitraum der differenzierten Ausgleichszahlungen (360 € bis 760 €) im Zeitraum August / September 2020 (KW 32 bis KW 40), lässt sich eine steigende Fallzahl – trotz Ausgleichszahlungen – feststellen. Die Corona-Inzidenz war zu diesem Zeitpunkt in Deutschland sehr niedrig.

Betrachtet man hingegen den Zeitraum nach Aussetzung der Ausgleichszahlungen zum 30.09.2020 (KW 40 bis KW 46), so zeigt sich ein deutlicher Fallzahlrückgang. Dieser Fallzahlrückgang ist allerdings nicht auf die Ausgleichszahlungen zurückzuführen. Vielmehr ist der Rückgang im Fallgeschehen die verantwortungsbewusste Reaktion der Krankenhäuser auf die steigenden Corona-Neuinfektionen.

Es zeigt sich, dass die Fallzahlentwicklung nicht von der Zahlung von Ausgleichszahlungen beeinflusst wird. Vielmehr entwickelt sich das Leistungsgeschehen in Abhängigkeit von der Anzahl der Corona-Neuinfektionen.

Ein negativer Leistungsanreiz durch die Ausgleichszahlungen kann somit nicht beobachtet werden.

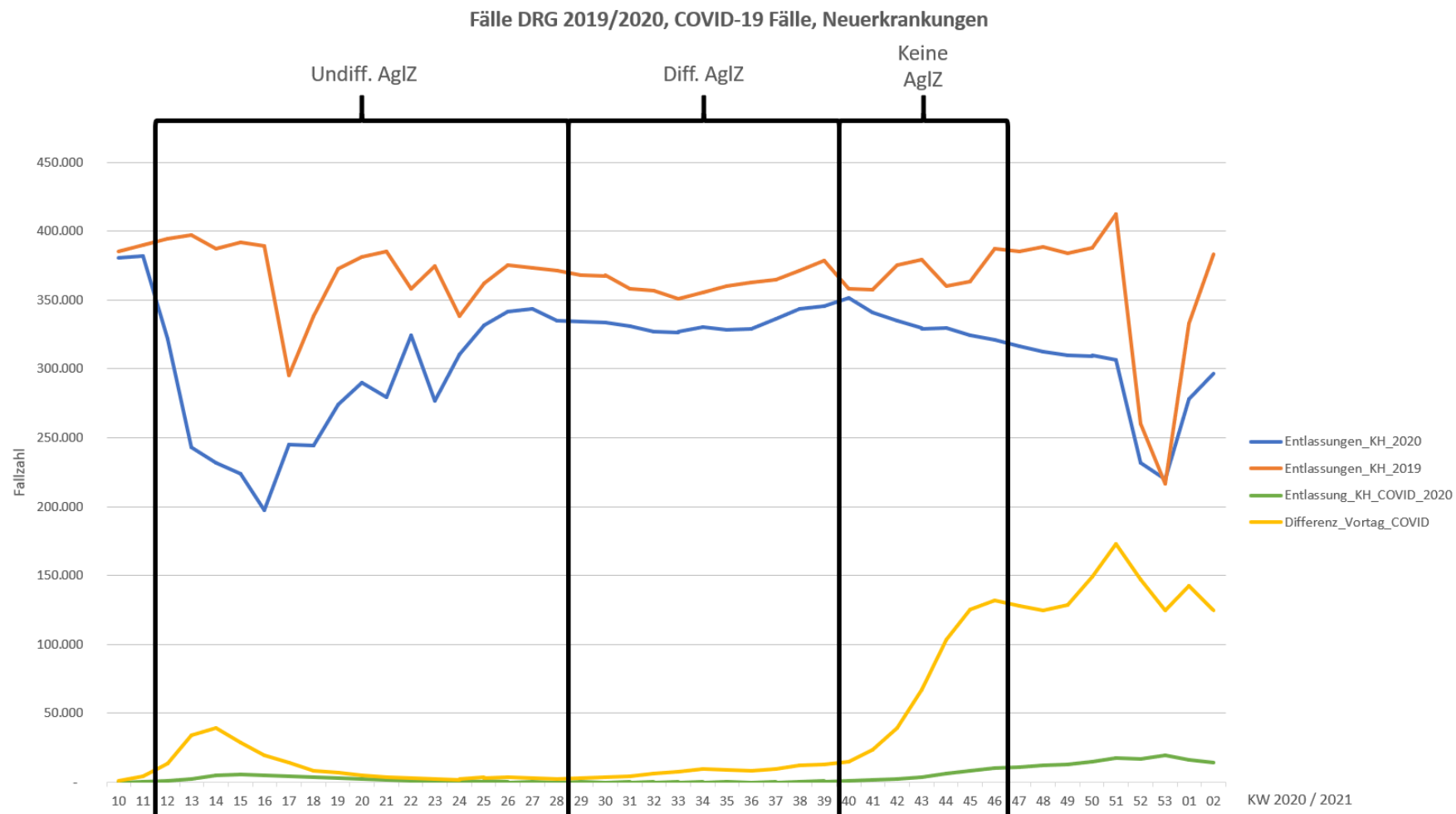


Abbildung 1 Leistungsgeschehen und Ausgleichszahlungen

Limitationen:

Die tagesbezogene Vergleichbarkeit der Werte wird leicht eingeschränkt, da bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG an das InEK, die vom 01.01. bis 31.12. entlassenen Fälle gemeldet werden. Zudem sind Diagnosekodierungen (U07.1) nicht mit einem konkreten Testdatum hinterlegt, wodurch die am jeweiligen Tag entlassenen Fälle die aufgenommenen Fälle von ca. 6 Tagen (mittlere Verweildauer) vorher darstellen. Diese Limitationen haben keine inhaltlichen Auswirkungen auf den Aussagegehalt der Analysen.

Notwendige Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser („Rettungsschirm 3.0“)

Die DKG hat in ihrem Mitgliedsbereich eine Umfrage zur Fallzahl- und Case-Mix-Entwicklung im Jahr 2021 durchgeführt. Demnach erwarten die Krankenhäuser für das Jahr 2021 insgesamt einen Rückgang des Leistungsniveaus in Höhe von circa 12 Prozent. Die Umfrage fand im Zeitraum vom 15.09.2021 bis 15.10.2021 statt. Insofern sind die Ergebnisse ohne die sich aktuell verschärfenden Entwicklungen der Corona-Pandemie zu bewerten. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die Prognosen sogar zu optimistisch ausgefallen sind. Insofern befinden sich die Krankenhäuser erneut in einer absolut mit 2020 vergleichbaren und damit finanziell äußerst angespannten Lage, die dringenden Handlungsbedarf nachsichzieht. Werden nicht erneut schnelle und tragfähige Lösungen gefunden, würden die Krankenhäuser nun doch noch massiven finanziellen Schaden aufgrund der Folgen der Pandemie erleiden, der bisher weitgehend abgewendet werden konnte. Die Politik muss daher zwingend Maßnahmen ergreifen, damit die Krankenhäuser nicht angesichts der sich erneut verschlechternden Corona-Lage in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht werden.

Hinzu kommt, dass sogar die Budgetverhandlungen für das Jahr 2020 in vielen Bundesländern immer noch zu großen Teilen nicht abgeschlossen werden konnten, was häufig auch an den von den Krankenkassen verkomplizierten und verschleppten Verhandlungen zu den Pflegebudgets liegt. Daraus resultiert aber auch, dass nicht nur die notwendigen Pflegeentgeltwerte nicht in der aktuellen, notwendigen Höhe abgerechnet werden können, sondern auch alle weiteren Verhandlungstatbestände des Budgets nicht vorliegen und insofern noch Zuschläge und Entgelte in der alten, zu niedrigen Form abgerechnet werden müssen oder gar nicht abgerechnet werden können. Das verschärft noch die aktuell bestehenden Engpässe in der Liquidität der Krankenhäuser.

- Erhöhung der Ersatzbeträge gemäß § 15 Abs. 2a KHEntgG (vorläufiger Pflegeentgeltwert)

Aufgrund der komplexen und konfliktären Verhandlungen zum Pflegebudget auf der Ortsebene sind für 2020 bisher nur maximal die Hälfte aller Pflegebudgets vereinbart worden, für 2021 wurden nur vereinzelt Pflegebudgets fortgeschrieben. Im Ergebnis können die Krankenhäuser ihre tatsächlichen Pflegepersonalkosten – inkl. Personalaufbau sowie Lohnentwicklung – noch immer nicht vollständig refinanzieren.

Die fehlenden Budgetvereinbarungen in Kombination mit der pandemiebedingten, geringeren Belegung führen zu einer Liquiditätslücke bei den Krankenhäusern, die durch

einen höheren vorläufigen Pflegeentgeltwert wirksam abgeschwächt werden könnte. Durch den zu geringen Ersatzbetrag nach § 15 Abs. 2a KHEntgG (vorläufiger Pflegeentgeltwert) entsteht den Krankenhäusern eine Unterdeckung der Liquidität in Höhe von 20 Prozent. Um diesen Effekt abzumildern, muss der Ersatzbetrag ab dem 1. Dezember auf 213 Euro erhöht werden.

Aufgrund des gesetzlich festgelegten Mehr- und Minderkostenausgleichs gemäß § 6a Abs. 2 Satz 3 KHEntgG führt diese Maßnahme im Ergebnis nicht zu Mehrausgaben für die Krankenkassen.

- Ganzjahresausgleich 2021

Zum Zeitpunkt der Festlegung des Ganzjahresausgleiches 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 vielmehr davon aus, dass es ab der Jahresmitte zu Nachholeffekten in der stationären Versorgung kommen könnte. Insofern liegt dem Rettungsschirm 2.0 die Annahme und Erwartung zu Grunde, dass die Leistungen des Gesamtjahres 2021 sich erholen und deutlich über dem Niveau des Jahres 2020 liegen würden. Diese Einschätzungen sind jedoch nicht eingetreten. Die aktuellen Prognosen erwarten einen Fallzahlrückgang in Höhe von mindestens 12 Prozent für das Jahr 2021 bei einer aktuell noch deutlichen Zunahme Inzidenzzahlen mit Corona-Infektion. Das entspricht den Fallzahlrückgängen in 2020 und könnte diese sogar übertreffen. Die derzeit geltende Ausgestaltung des Ganzjahresausgleichs 2021 (gemäß § 5 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser) ist daher vor diesem Hintergrund dringend neu zu bewerten.

Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs im Rahmen des Ganzjahresausgleichs 2021 sind nur 98 Prozent der Erlöse für 2019 (angepasster Budget-Referenzwert) zu berücksichtigen. Eine 2-prozentige Erlösdifferenz zu 2021 wird insofern grundsätzlich nicht ausgeglichen. Die Absenkung des Budgetreferenzwertes 2019 bei einem Leistungsrückgang wurde seitens des Ordnungsgebers mit einem Leistungsanreiz begründet. Regelleistungen sollen nur soweit zurückgestellt werden, soweit dies unbedingt erforderlich ist. Erlösrückgänge in 2021 werden allerdings davon unabhängig grundsätzlich nur in Höhe von 85 % ausgeglichen. Dabei sind die variablen Kosten vor dem Ausgleich schon herausgerechnet. Schon über diesen nur anteiligen Ausgleich wird dieses Ziel erreicht.

Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Krankenhäuser erst einen Erlösausgleich geltend machen können, wenn der Erlösrückgang gegenüber 2019 größer als 2 Prozent ausfällt. Bei einem Budgeterlös von 100 Mio. € würden somit bereits 2 Mio. € Erlöse in Gänze nicht ausgeglichen. Bezogen auf ein Bundesland wie NRW mit einem Leistungsvolumen von rd. 4 Mio. CM-Punkten und einem daraus resultierendem Ausgaben-volumen nur für DRG-Fallpauschalen von mehr als 15 Mrd. Euro würde sich, alleine bezogen auf die 2 %-ige Absenkung der Referenzgröße, ein vollständiger Erlösabzug auf einen Betrag von rund 300 Mio. € belaufen. Mit zunehmend größeren Leistungsrückgängen vergrößern sich jedoch auch die nicht ausgeglichenen Erlösverluste der Krankenhäuser. Angesichts der unerwarteten und erneuten äußerst prekären Lage müssen die finanziellen Verluste der Krankenhäuser wirksamer begrenzt werden als

ursprünglich vorgesehen. Die DKG fordert daher dringend zumindest die Streichung der 2%-Absenkung der Vergleichsgröße des Jahres 2019, die sich in Anbetracht der neuen Situation und unter Berücksichtigung der grundsätzlich nur anteiligen Ausgleichs nicht mehr rechtfertigen lässt.

- Ganzjahresausgleich 2022

Die notwendigen Anpassungen an die sich derzeit weiter verschärfende Lage stellen eine erneute Herausforderung für die Kliniken dar. Die Krankenhäuser müssen daher die entsprechenden Maßnahmen zur internen Vorbereitung, zur Behandlung von Covid-Erkrankten und zur Abstimmung und Vernetzung mit anderen Kliniken bzw. mit Schwerpunktkliniken in der Covid-Versorgung ergreifen können, ohne dadurch Erlösverluste befürchten zu müssen. Außerdem ist absehbar, dass die Inzidenz- und Hospitalisierungszahlen weit in das Jahr 2022 hinein auf einem hohen Niveau bleiben und die Krankenhäuser aufgrund der dargestellten Zusammenhänge weiterhin deutliche Leistungs- und Erlösverluste verzeichnen werden. Aus diesen Gründen ist auch für das Jahr 2022 eine Absicherung des Budgets notwendig, damit die Leistungsfähigkeit und die Handlungsspielräume der Krankenhäuser erhalten bleiben. Ohne stabilisierende Maßnahmen sind etablierte und bedarfsnotwendige Versorgungskapazitäten bis hin zu ganzen Krankenhausstandorten in ihrem Bestand gefährdet.

Zur Vermeidung von erheblichen Budgetverlusten aufgrund der Corona-Pandemie in Verbindung mit daraus resultierenden Fallzahlrückgängen in der Regelversorgung sollte grundsätzlich auf das Instrument des Ganzjahreserlösausgleiches zurückgegriffen werden, das auch bereits für die Jahre 2020 bzw. 2021 Anwendung findet. Hier bedarf es allerdings einer erweiterten Betrachtung über die reinen akutstationären Erlöse der Krankenhäuser hinaus auch auf Erlöseinbußen aus den ambulanten Versorgungsbereichen und weiteren Nebenbetrieben.

Zwingend notwendig sind flankierende Ausgleichs- bzw. Abschlagszahlungen, die insbesondere zur Aufrechterhaltung der Liquidität dienen und über den Ganzjahresausgleich weitgehend wieder ausgeglichen und so ggfs. auch wieder zurückgezahlt werden. Sofern Ausgleichs- bzw. Abschlagszahlungen reine Liquiditätshilfen darstellen ist der Ausgleichssatz des Erlösausgleichs deutlich zu erhöhen [alternativ: auf mindestens 95% festzulegen], da sich ansonsten die verbleibenden Erlösverluste in einer für die Krankenhäuser nicht zu verkraftenden Größenordnung bewegen.

Absenkung der Prüfquote für das Jahr 2022 auf 5 % (§ 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V) und Verschiebung der Einführung des variablen Prüfquotensystems um ein Jahr

Stellungnahme

Das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz) vom 27.03.2020 hat die für 2020 eigentlich vorgesehene, feste quartalsbezogene Prüfquote von 12,5% auf 5% abgesenkt. Die Intention des Gesetzgebers war es, vor dem Hintergrund eines möglichen massenhaften Anfalls stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten aufgrund

von Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) durch eine Reduzierung der maximal zulässigen Prüfquote für das Jahr 2020 eine deutliche Entlastung der Krankenhäuser bei den Prüfungen, die durch die Krankenkassen eingeleitet und von den Medizinischen Diensten durchgeführt werden, zu erreichen. Um eine umfassende Entlastung der Krankenhäuser zu erreichen, galt die reduzierte Prüfquote von fünf Prozent rückwirkend bereits für das erste Quartal 2020.

Flankiert wurde diese Maßnahme durch die Verschiebung der festen quartalsabhängigen Prüfquote in Höhe von 12,5% auf das Jahr 2021 sowie der Einführung der variablen, quartalsabhängigen Prüfquote auf das Jahr 2022 durch das zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19.05.2020. Beweggrund der vorgenommenen Verschiebung war, dass der Gesetzgeber es wegen der aufgrund der COVID-19-Pandemie entstandenen Ausnahmesituation nicht als sachgerecht angesehen hat, auf der Basis des Jahres 2020 ein Prüfquotensystem aufzubauen, in dem die Höhe der Prüfquote eines Krankenhauses im Jahr 2021 von dem Anteil seiner beanstandeten Abrechnungen im Jahr 2020 abhängt. Daher wurden die geplanten Regelungen für die Einführung eines variablen Prüfquotensystems um ein Jahr verschoben.

Die Praxis hat gezeigt, dass die Absenkung der Prüfquote von 12,5% auf 5% im Jahre 2020 zu einer deutlichen Entlastung der Krankenhäuser geführt hat. Trotz dringender Bitten der Krankenhäuser wurde die abgesenkte 5 %-ige Prüfquote nicht auf das Pandemiejahr 2021 verlängert. Leider leiden die Krankenhäuser im Jahre 2021 nach wie vor unter extremen Belastungen aufgrund der mittlerweile vierten Infektionswelle der COVID-19-Pandemie, ohne dass ein Ende absehbar wäre. Zur Bewältigung des bürokratischen Aufwandes wird Personal gebunden, welches dringender für die Versorgung von Patientinnen und Patienten benötigt wird. Vor dem Hintergrund der fortdauernden Pandemiesituation und der sich daraus für die Krankenhäuser – auch im Abrechnungsbereich – ergebenden vielfältigen Herausforderungen muss der durch die Absenkung der Prüfquote auf 5% erwiesenermaßen erzielte positive Effekt auf die Ressourcenbindung des Krankenhauses wieder eingeführt werden. Dadurch können sowohl Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses als auch des Medizinischen Dienstes für die Durchführung anderer, im Zusammenhang mit der Pandemie stehender Aufgaben – insbesondere in der Patientenversorgung und ggfs. in der Umsetzung von Impfkonzepthen – eingesetzt werden.

Dies rechtfertigt eine erneute Begrenzung der zulässigen Prüfquote auf 5% der prüfbaeren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen im Jahre 2022. Auf Grundlage der gleichen Überlegungen wie im Jahr 2020 ist daher auch die Einführung des Systems der variablen Prüfquoten entsprechend um ein Jahr zu verschieben, d. h., im Jahr 2022 erfolgt eine Erhöhung der festen, quartalsbezogenen Prüfquoten, bevor im Jahr 2023 die variablen, quartalsbezogenen Prüfquoten Anwendung finden. Insbesondere sorgen der umfassende Verzicht der Krankenhäuser auf die Erbringung elektiver Leistungen sowie die Fokussierung auf die Behandlung von COVID-19-Patienten für eine Verzerrung der Daten, die spätestens der Bestimmung der quartalsbezogenen Prüfquoten zugrunde zu legen sind, so dass eine Verschiebung der Einführung des Systems der quartalsbezogenen Prüfquoten sinnvoll ist.

Änderungsvorschlag

1. § 275c Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Im Jahr 2020 **sowie im Jahr 2022** darf eine Krankenkasse in jedem Quartal von den nach Absatz 1 Satz 1 prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bis zu Prozent der Anzahl der bei ihr im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote); im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent.

2. In § 275c Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

Verschiebung des Beginns der Durchführung der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2023 (§ 275d Abs. 3 und 4 KHG)

Stellungnahme

Ebenfalls durch das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27.03.2020 wurde der Beginn der Durchführung von Prüfungen von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2022 verschoben. Beweggrund des Gesetzgebers für diese Verschiebung war die Erkenntnis, dass die durch den Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) verursachte Pandemie und die damit einhergehenden Belastungen aller mit der stationären Krankenhausbehandlung befassten Beteiligten eine Verschiebung der Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr rechtfertigen.

An dieser Erkenntnis hat sich bislang nichts geändert, da die Krankenhäuser im Jahr 2021 wegen der andauernden Pandemiesituation nach wie vor erheblichen Belastungen ausgesetzt sind, deren Ende aktuell noch nicht abzusehen ist. Die an der Belastungsgrenze operierenden Krankenhäuser können aktuell nicht noch weitere Aufgaben wahrnehmen, die zu einer enormen Bindung von (Personal-)Ressourcen führt. Die beabsichtigten Strukturprüfungen werden zu einer erheblichen Ressourcenbindung führen, da sie für zahlreiche Leistungsbereiche im Krankenhaus vorgesehen sind. Nach den bislang bekannten Entwürfen des MDS sollen 53 OPS-Kodes auf dem Wege einer Prüfung nach § 275d SGB V kontrolliert werden können, u. a. wird die gesamte intensivmedizinische Leistungserbringung von diesen Kontrollen umfasst. Für diese Prüfungen stehen in der aktuellen Pandemiesituation keine ausreichenden (Personal-)Ressourcen der Krankenhäuser zur Verfügung, wenn sie nicht aus der Patientenversorgung abgezogen werden. Auch die Leistungsfähigkeit der intensivmedizinischen Versorgung kann wegen der Einbindung in den Prüfkatalog beeinträchtigt werden.

Um eine sachgerechte Prüfung des Vorliegens von Strukturmerkmalen zu gewährleisten und die erforderliche Patientenversorgung aufrecht zu erhalten, darf die Durchführung der Strukturprüfungen frühestens im Jahr 2022 für das Jahr 2023

erfolgen. Eine Verschiebung der Strukturprüfung schafft die notwendige Flexibilität des Krankenhauses, um einen dem bislang nicht absehbaren Verlauf der Pandemie Rechnung tragenden, zweckmäßigen und von administrativen Zwängen befreiten Personaleinsatz für die stationäre Versorgung von an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können. Positiver Nebeneffekt ist, dass das BfArM zusätzlich Zeit erhält, um weitere streitbehaftete und interpretationsanfällige Formulierungen in den OPS-Kodes zu präzisieren und somit zukünftige Streitigkeiten zu vermeiden.

Ergänzend ist zu regeln, dass die Bescheinigung erstmals für die Vereinbarung für das Jahr 2023 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln ist. Die Frist für die erste Übermittlung wird somit auf den 31. Dezember 2022 verschoben

Änderungsvorschlag

1. § 275d Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Vereinbarung für das Jahr ~~2022~~ 2023 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember ~~2024~~ 2022 zu übermitteln.“

2. In § 275d Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

3. In § 275d Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.