

**Abschlussbericht**  
**zur Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen in den §§ 21 bis 23**  
**auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser**  
**durch den Beirat gemäß § 24 Krankenhausfinanzierungsgesetz**

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber verschiedene Instrumente verankert, die zum einen die medizinischen Kapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten in den Krankenhäusern erhöhen und zum anderen die wirtschaftlichen Folgen der COVID-19-Pandemie für die Krankenhäuser ausgleichen. Zugleich wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verpflichtet, die Auswirkungen dieser in §§ 21 bis 23 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) festgeschriebenen Regelungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser mit Hilfe eines Expertenbeirates zu überprüfen. Der Expertenbeirat, zusammengesetzt aus Vertreterinnen und Vertretern von Krankenhäusern, der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sowie Wissenschaftlern, wurde im April 2020 vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzt und hat am 29. April 2020 seine Arbeit aufgenommen. Der Beirat tagte in regelmäßigen Abständen von April bis August 2020. Dieser hat sich gemäß seines gesetzlichen Auftrages mit den Regelungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes und ihren Auswirkungen beschäftigt und sukzessive Empfehlungen abgegeben, sofern Anpassungsbedarf gesehen wurde. Die Bundesregierung hat die Anregungen des Beirates für notwendige Nachsteuerungen und erforderliche weitere Maßnahmen aufgegriffen.

### I. Hintergrund

Im Rahmen der Konferenz der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder und Besprechung mit der Bundeskanzlerin am 12. März 2020 wurde den Ländern von Seiten der Bundesregierung zugesagt sicher zu stellen, dass Krankenhäusern die wirtschaftlichen Folgen ausgeglichen werden, die durch die Verschiebung von planbaren Operationen und Behandlungen entstehen, um Kapazitäten für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Coronavirus-Infektion freizuhalten. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz, das am 28. März 2020 in Kraft getreten ist, wurden in das KHG mehrere Regelungen zum Ausgleich von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 aufgenommen:

- Soweit zugelassene Krankenhäuser zur Erhöhung der Bettenkapazitäten für die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschieben, erhalten sie bis zum 30. September 2020 für die Ausfälle der Einnahmen Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, welche aus dem Bundeshaushalt refinanziert werden. Die Höhe der Ausgleichszahlungen ermitteln die Krankenhäuser, indem sie täglich, erstmals für den 16. März 2020, von der

Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der jeweils geltenden tagesbezogenen Pauschale zu multiplizieren. Je freigehaltenem Bett bzw. je nicht behandeltem Patienten oder je nicht behandelte Patientin waren zunächst für jedes Krankenhaus einheitlich 560 Euro kalendertäglich festgesetzt.

- Darüber hinaus erhalten die Krankenhäuser einen Betrag in Höhe von 50.000 Euro für jedes zusätzlich aufgestellte oder vorgehaltene Intensivbett mit maschineller Beatmungsmöglichkeit, das nach Genehmigung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zusätzlich geschaffen und vorgehalten wird.
- Die Krankenhäuser erhalten für jeden abgerechneten Fall einen Zuschlag in Höhe von 50 Euro für zusätzliche Aufwendungen für persönliche Schutzausrüstungen.
- Der Pflegeentgeltwert wurde für den Zeitraum vom 1. April bis zum 31. Dezember 2020 auf 185 Euro erhöht (ohne Ausgleich bei geringeren Kosten für die Pflege am Bett).
- Die Regelungen gelten befristet. Das BMG erhielt die Möglichkeit, durch Rechtsverordnung die Regelungen einmalig um 6 Monate zu verlängern bzw. die Höhe der Ausgleichspauschale sowie den Förderbetrag für Intensivbetten anzupassen.

## II. Beratungen und erste Umsetzungen der Vorschläge des Beirates im Juli 2020

Zunächst analysierte der Beirat die Wirkungsweise der mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz verabschiedeten Regelungen. Der Schwerpunkt lag hierbei zu Beginn auf der Überprüfung der Zielgenauigkeit der Ausgleichspauschale, die die wirtschaftlichen Folgen der Absage von medizinisch nicht zwingend notwendigen planbaren Operationen abfedern soll. Ergebnis der Analyse war, dass die einheitliche Pauschale in Höhe von 560 Euro zur Überkompensation der Erlösausfälle bei einigen Krankenhäusern geführt hat, andere Krankenhäuser – insbesondere Universitätskliniken und Maximalversorger – jedoch unterfinanziert waren. Grund hierfür sind insbesondere die unterschiedlichen Kostenstrukturen der Krankenhäuser, die in einer einheitlichen Pauschale nicht abgebildet werden.

Der Beirat hat daher intensiv über Optionen diskutiert, wie die Zielgenauigkeit der bundeseinheitlichen Ausgleichspauschale verbessert werden kann. Ziel einer Neuregelung war es daher, die unterschiedlichen Kostenstrukturen der Krankenhäuser besser abzubilden, um damit die Zielgenauigkeit zu verbessern und mögliche Fehlanreize bei der Wiederaufnahme des „neuen Regelbetriebes“ im Durchschnitt abzumildern. Der Beirat hat dabei unterschiedliche Differenzierungsgrade der Ausgleichspauschale diskutiert. Das BMG hat auf der Grundlage der Empfehlung des Beirates mit der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung (AusglZAV) eine veränderte Regelung zu den Ausgleichspauschalen vorgelegt. Diese ist mit Zustimmung des Bundesrates am 9. Juli 2020 in Kraft getreten. Seit dem 13. Juli 2020 gelten anstelle der bis dahin einheitlichen Pauschale für alle Krankenhäuser differenzierte Beträge in fünf Stufen zwischen 360 und

760 Euro. Die Zuordnung der Krankenhäuser zu den Stufen erfolgt auf Basis des durchschnittlichen Schweregrades (Casemixindex), geteilt durch die durchschnittliche Verweildauer im jeweiligen Krankenhaus (Datenbasis 2019). Zugleich wurden die Pauschalen für Krankenhäuser, die ausschließlich teilstationäre Leistungen erbringen, sowie von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, deren Leistungen nach der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, abgesenkt und angepasst. Für diese Einrichtungen wurde eine systematische Überkompensation durch die ursprünglich einheitliche Pauschale festgestellt.

Mit der AusglZAV hat das BMG einen weiteren Vorschlag des Beirats aufgegriffen und die Zahlung der Pauschale für die persönliche Schutzausrüstung in Höhe von 50 Euro pro Fall über den 30. Juni 2020 hinaus verlängert. Damit können weiterhin bestehende Preis- und Mengeneffekte gedeckt werden. Darüber hinaus wurde im Ergebnis der Beratungen eine Verdopplung der Pauschale auf 100 Euro für voll- oder teilstationär behandelte Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, empfohlen und umgesetzt. Damit soll ein für in Bezug auf diese Patientengruppe erhöhter Aufwand an persönlicher Schutzausrüstung berücksichtigt werden. Beide Regelungen wurden bis zum 30. September 2020 befristet.

### III. Modifizierung der Datengrundlage für die Überprüfungen und Analysen des Beirates

Der Beirat hat sich neben der Analyse der konkreten Wirkungen der Regelungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes auch mit der Frage beschäftigt, inwieweit Handlungsbedarf über die ursprüngliche Laufzeit der Regelungen hinaus besteht.

Um die Entwicklung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser beurteilen zu können, wurden die Krankenhäuser mit dem Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, das am 23. Mai 2020 in Kraft getreten ist, verpflichtet, bis Mitte Juni 2020 ihre Abrechnungsdaten für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Mai 2020 nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu übermitteln. Auf Basis dieser Daten, in Gegenüberstellung zu den Daten des Vergleichszeitraumes 2018 und 2019 und im Zusammenhang mit den Strukturdaten der Krankenhäuser, konnten die Professoren Dr. Augurzky und Dr. Busse analysieren, dass sich die Erlössituation der Krankenhäuser von Januar bis Mai 2020 unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG im Durchschnitt nicht verschlechtert hat.

Zur Analyse der Erlösentwicklung wurden die Erlöse um 3,4 Prozentpunkte bereinigt, um den Preisanstieg von 2019 auf 2020 zu berücksichtigen. Darüber hinaus flossen weitere Annahmen in die Berechnungen ein (Anteil Pflegebudget, Anteil sonstiger Erlöse, Anteil variabler Sachkosten). Im Durchschnitt konnten durch die Freihaltepauschale leichte Erlöszuwächse gegenüber dem Vorjahreszeitraum verzeichnet werden, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen den Häusern zeigten. Insgesamt konnte durch die pauschalen Ausgleichszahlungen rund die Hälfte der somatischen Krankenhäuser ihre Erlössituation verbessern. Die Erlöszuwächse beliefen sich über

alle Häuser auf durchschnittlich rund 2%. Die Erlöszuwächse waren bei kleineren Krankenhäusern am höchsten, sanken aber mit zunehmender Krankenhausgröße. Krankenhäuser mit über 800 Betten verzeichneten Erlösrückgänge, Universitätskliniken hierbei von -6%. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen konnten im Durchschnitt Erlöszuwächse von 8 bis 9% verzeichnen. Durch die pauschalen Ausgleichszahlungen konnten zwei Drittel der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ihre Erlössituation verbessern.

Über den Zeitraum Januar bis Mai 2020 zeigten sich im somatischen Bereich Leistungsrückgänge bei stationären Fällen von -15% (-11% bei Notfällen und -20% bei Einweisungen); dabei muss beachtet werden, dass die Pandemiezeit mit den deutlichsten Leistungsrückgängen nur die Hälfte dieses Zeitraumes betrifft. Im betrachteten Zeitraum gab es damit erstmals mehr Notfälle als Einweisungen. Der Rückgang fiel bei dringenden Indikationen wesentlich geringer aus als bei weniger dringlichen Indikationen. Das Inanspruchnahmeverhalten der Patientinnen und Patienten hat demnach eine größere Rolle gespielt als die Absage von Behandlungen durch Krankenhäuser. Im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich konnten geringere Leistungsrückgänge von -8% beobachtet werden.

Die Versorgung von COVID-19-Fällen beanspruchte im Durchschnitt weniger als 2% der gesamten Betten und 4% der Intensivbetten, jedoch konnten keine differenzierten Aussagen zur regionalen oder zeitlichen Auslastung getroffen werden.

Über die COVID-19-Fälle hinaus wurde noch keine Übersterblichkeit bei anderen Erkrankungen festgestellt. Dies spricht dagegen, dass sich die Sterblichkeit von nicht oder verspätet stationär behandelten Patientinnen und Patienten erhöht hat.

Der Beirat hat festgestellt, dass Auswirkungen des Coronavirus SARS-CoV-2 auf die Krankenhäuser über den 30. September 2020 hinweg bestehen bleiben werden. Unter der Annahme, dass ein erneuter möglicher Anstieg von COVID-19-Fallzahlen unter deutlich verbesserten Rahmenbedingungen zur Bewältigung der Corona-Pandemie als noch im März 2020 erfolgt, seien zwar eine flächendeckende Freihaltung von Bettenkapazitäten wie auch der Aufbau von Kapazitäten für die intensivmedizinische Behandlung nicht mehr erforderlich. Jedoch sei zu erwarten, dass die Krankenhäuser – in unterschiedlicher Ausprägung – weiterhin von Einschränkungen betroffen sein werden.

Im Ergebnis wird deutlich, dass eine Verlängerung der finanziellen Hilfen nach § 21 KHG (Freihaltepauschalen und Pauschale für zusätzliche Intensivbetten) für die Krankenhäuser über den 30. September 2020 hinaus in der aktuellen Form nicht erforderlich ist.

Es wird jedoch als sachgerecht und notwendig erachtet, Maßnahmen zu ergreifen, um einzelne Krankenhäuser bei coronabedingten Erlösausfällen und coronabedingten Mehrkosten im Bedarfsfall abzusichern. Weitere finanzielle Folgen des Coronavirus SARS-CoV-2 werden voraussichtlich regional wie krankenhaushausindividuell unterschiedlich ausfallen, weshalb weitere Instrumente zur finanziellen Unterstützung von Krankenhäusern krankenhaushausindividuell ansetzen

sollten. Die Maßnahmen sollten so ausgestaltet sein, dass ausreichend Versorgungsanreize gesetzt werden. Zum Ausgleich coronabedingter Erlösausfälle ermittelt das einzelne Krankenhaus unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen die Erlöse des Jahres 2020 und stellt diese den Erlösen des Jahres 2019 gegenüber. Im Fall eines Erlösrückgangs kann das Krankenhaus mit den Kostenträgern vor Ort und im Rahmen der von dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bundeseinheitlich festgelegten Vorgaben einen Erlösausgleich vereinbaren. Zudem werden bundeseinheitliche Rahmenbedingungen für befristete krankenhausespezifische Zuschläge gesetzt, die von den Vertragsparteien vor Ort zur Finanzierung von Mehrkosten, die auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, vereinbart werden können.

Der Beirat hat sich im Rahmen seiner Beratungen auch nach dem Stand der zusätzlich aufgestellten intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit befasst. Hierbei wurde insbesondere deutlich, dass es einer unmissverständlichen Definition eines solchen Intensivbetts bedarf, um die tatsächlich vorhandenen Kapazitäten korrekt bemessen zu können. Hierzu erfolgte eine Abstimmung zwischen dem BMG und dem RKI mit dem Ziel der Herstellung von Transparenz der insgesamt geförderten Intensivbetten.

Dem Beirat gehören an:

- Prof. Dr. D. Michael Albrecht (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden)
- Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI-Leibnitz-Institut für Wirtschaftsforschung)
- Annabritta Biederbick (Debeka Krankenversicherungsverein a.G.)
- Prof. Dr. Reinhard Busse (Technische Universität Berlin)
- Dr. Andrea Grebe (Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH)
- Thomas Lemke (Deutsche Krankenhausgesellschaft)
- Matthias Mohrmann (AOK Rheinland/Hamburg)
- Ingo Morell (Deutsche Krankenhausgesellschaft)
- Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband)
- Prof. Dr. Christoph Straub (BARMER)