

Verfahrenshinweise zu § 21 KHG

1. Zu den Musterdateien der BKG¹:

Grundlage des Verfahrens nach § 21 Abs. 1 – 3 KHG ist die Meldung und der Nachweis gegenüber dem Landesamt für Pflege, sie bildet grundsätzlich die Basis für die Auszahlung.

Das Krankenhaus ermittelt als Referenzwert für die Berechnung der Ausgleichzahlungen 2020 die im Jahresdurchschnitt **2019** pro Tag voll- und teilstationär behandelten Patienten gemäß folgender Regelung:

- Bei vollstationären Patienten ist der Aufnahmetag und jeder weitere Behandlungstag mit Ausnahme des Entlassungstages zu berücksichtigen.
- Bei Entlassung am Aufnahmetag ist der Aufnahmetag als Behandlungstag zu zählen.
- Bei teilstationärer Behandlung ist der Aufnahmetag und jeder weitere Behandlungstag zu berücksichtigen.

Der Referenzwert entspricht den durchschnittlichen Behandlungstagen im Jahr 2019. Die für 2019 ermittelte Zahl der Behandlungstage ist durch 365 zu dividieren und kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen zu runden. Diese Berechnung erfolgt mit der Tabelle in Anlage 1 (BKG-Excel-Tabelle) und ist einmalig bei der erstmaligen Übermittlung an die Landesbehörde beizufügen. Die Landesbehörde kann die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHEntgG einbeziehen, sollte der Referenzwert unplausibel erscheinen.

Anschließend erfolgt eine Gegenüberstellung der täglich behandelten Patienten aufgrund von folgenden Regelungen:

- Die Gegenüberstellung umfasst alle Kalendertage ab dem 16.03.2020 bis 30.9.2020.
- Die Zahl der behandelten Patienten sowie die tagesbezogenen Ausgleichsbeträge sind für alle Kalendertage der abgelaufenen Kalenderwoche zu übermitteln. Dazu ist die Anlage 2 (Tabelle 1 BKG-Excel-Tabelle) zu verwenden.
- Die Ermittlung der täglich behandelten Patienten erfolgt analog der Berechnung des Referenzwertes.

Weiter beinhaltet die Anlage 2 die Meldung (Tabelle 2 BKG-Excel-Tabelle) der bis zum 30.09.2020 **zusätzlich geschaffenen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit**. Die Erhöhung der Bettenkapazitäten im Bereich der Intensivmedizin mit maschineller Beatmungsmöglichkeit kann nur nach Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde erfolgen. Der zu meldende Betrag ergibt sich aus der Anzahl der bis zum Ende der jeweiligen Kalenderwoche zusätzlich aufgestellten oder vorgehaltenen Betten multipliziert mit dem nach § 21 Abs. 5 Satz 1 KHG festgelegten Betrag in Höhe von 50.000 Euro. Eine wiederholte Berücksichtigung der zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungsbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit ist nicht möglich.

Auf Grund der Allgemeinverfügung vom 09.04.2020 (Az. G24a-K9000-2020/177) war in den Meldeformularen das Ausgangsdatum für die Beantragung des Finanzierungsbetrages für Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit vom 01.03.2020 auf den 15.03.2020 anzupassen.

¹ Quellenangabe: MITTEILUNGEN DER BAYERISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

Nr. 31/2020 – vom 02.04.2020, Nr. 238, Seite 7: Vereinbarung zur Ermittlung und Meldung der Ausgleichszahlung nach § 21 KHG

2. Zur Ausgleichsvereinbarung

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) und das Landesamt für Pflege (LfP) weisen darauf hin, dass beim Ausfüllen der Dateien die Regelungen der Vereinbarung nach § 21 Abs. 7 KHG zum Verfahren des Nachweises für die Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1 KHG (Ausgleichszahlungsvereinbarung - VE) vom 02.04.2020 zu beachten sind.

Danach entspricht der Referenzwert stets den durchschnittlichen Behandlungstagen im **Jahr 2019** (§ 21 Abs. 2 Satz 1 KHG, § 2 VE). Das gilt grundsätzlich auch, wenn das Krankenhaus im Jahr 2020 eine höhere Zahl an Betten hat.

Lediglich in Fällen, in denen die jahresdurchschnittlichen Behandlungstage im Jahr 2019 **deutlich** von der üblichen Belegung des jeweiligen Krankenhauses abweichen (z.B. auf Grund von Baumaßnahmen oder genehmigten Erweiterungen), kann unter Einbeziehung der Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG eine Anpassung des Referenzwerts erfolgen (§ 5 Abs. 3 Satz 2 VE).

Solche Ausnahmen sind gesondert zu beantragen. Dabei ist die Abweichung zu begründen. Neben der Berechnung mit dem regelungskonformen Referenzwert aus 2019 ist dann eine weitere Berechnung mit dem abweichenden Referenzwert dem Antrag beizufügen. Über die Ausnahme wird dann gesondert entschieden, da die Einbeziehung der Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen wird.

Das StMGP und das LfP können zum Nachweis eine Plausibilisierung und Überprüfung der Meldungen nach den Anlagen 1 und 2 anhand der nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG übermittelten Daten der Jahre 2019 und 2020 durchführen (§ 5 Abs. 6 VE). Das kann auch noch nachträglich zu bereits erfolgten Ausgleichszahlungen erfolgen. Das StMGP und das LfP können die Angaben auch auf der Grundlage der Krankenhausdaten im Bayerischen Krankenhausplan bzw. im jeweiligen Versorgungsvertrag prüfen (§ 108 Nrn. 2 u. 3 SGB V). Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V sollen zusätzlich die im Versorgungsvertrag vereinbarte Bettenzahl im Antrag angeben. Fälle, in denen sich auf Grund der Angaben eine Auslastung des Krankenhauses von mehr als 100% ergibt, sind im Antrag zu erklären und zu begründen.

Die tagesbezogene Pauschale nach § 21 Abs. 2 Satz 2 KHG bezieht sich auf einen Einnahmeausfallausgleich für die leerstehenden Betten, die im Zeitraum vom 16.03.2020 bis 30.09.2020 im Krankenhaus nicht mit stationär behandelten Patientinnen und Patienten belegt werden können (§ 21 Abs. 1 KHG, § 1 Abs. 1 VE). Eine Differenzausgleichszahlung für Patientinnen und Patienten, die zwar im besagten Zeitraum stationär behandelt werden, für die das Krankenhaus aber weniger als die tagesbezogene Pauschale in Höhe von 560 Euro (§ 21 Abs. 3 KHG, § 1 Abs. 1 VE) mit den Kostenträgern abrechnen darf, ist nicht vorgesehen.

Berichtigungen der Angaben auf Grund von nachträglich festgestellten Fehlern in bereits erfolgten Meldungen sind dem LfP unverzüglich mit der Kennzeichnung „Berichtigung“ zuzusenden. Die Berichtigung ist zu begründen.

Die Genehmigung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten mit maschinellen Beatmungsmöglichkeiten zum Erhalt des Betrags aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 21 Abs. 5 KHG und § 5 Abs. 7 VE wird in der Allgemeinverfügung vom 09.04.2020 (Az. G24a-K9000-2020/177; BayMBI. 2020 Nr. 202) geregelt.

Alle Angaben im Antragsverfahren sind vollständig und korrekt zu machen. Mit der Unterschrift der von der Krankenhausleitung autorisierten Person unter die Anlagen wird das bestätigt.

Das Verfahren gilt nur für zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V.

Für Privatkliniken nach § 30 GewO besteht aktuell kein gesetzlicher Anspruch nach § 21 KHG (auch nicht analog).