

Finanzielle Regelungen für Klinken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie
(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)

Krankenhäuser	
<p>Ausgleich coronabedingter Erlösausfälle für das Jahr 2021/Ganzjahresausgleich (§ 5 der Verordnung zur wirtschaftlichen Sicherung)</p>	<p>Verordnung zur wirtschaftlichen Sicherung von KH vom 07.04.2021 (vgl. hier) Erlösausgleich 2021/2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstverwaltung regelt auf Bundesebene bis zum 30.11.2021 Einzelheiten zur Ermittlung, Kriterien zur Feststellung von Erlösanstieg und Erlösrückgang sowie Einzelheiten zum Nachweis der Erfüllung - Anrechnung der Ausgleichszahlungen zu 85 Prozent (Festlegung in der VO, keine Verhandlung durch Selbstverwaltung) - Ortsebene: <ul style="list-style-type: none"> o 98 Prozent der preisbereinigten Erlöse 2019 (preisangepasst) sind ausgleichsfähig. o 85 Prozent des Erlösrückgangs werden ausgeglichen (Festlegung in der VO) o Erhaltene Abschlagszahlungen sind in voller Höhe auf den errechneten Ausgleichsbetrag anzurechnen; Überzahlungen durch geleistete Abschlagszahlungen sind vollständig auszugleichen
<p>Ausgleich coronabedingter Erlösausfälle für das Jahr 2022/Ganzjahresausgleich (§ 5a der 2. Verordnung zur wirtschaftlichen Sicherung)</p>	<p>2. Verordnung zur weiteren wirtschaftlichen Sicherung von KH vom 29.12.2021 (vgl. hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> - rechtliche Rahmenbedingungen für einen Ausgleich von Erlösanstiegen im Jahr 2022 gegenüber 2019, soweit die Erlösanstiege auf den Erhalt von Ausgleichszahlungen oder Versorgungsaufschlägen für das Jahr 2022 zurückzuführen sind. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass ein Versorgungsanreiz aufrecht erhalten bleibt. - Die gesetzlichen Regelungen für den Erlösausgleich 2021 (s. oben) werden wirkgleich auf das Jahr 2022 übertragen. - Vereinbarung auf Selbstverwaltungsebene, die das Nähere zum Erlösausgleich 2022 festlegen soll, ist bis zum 31. Oktober 2022 zu treffen.
<p>Versorgungsaufschlag (§ 21a KHG)</p>	<p>Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22.11.2021</p>

Finanzielle Regelungen für Klinken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie

(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)

(vgl. [hier](#)); Vierte Verordnung zur Änderung der der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung vom 28.03.2022

- Aufschlag kann bei einer voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer labordiagnostisch bestätigten SARS-CoV-2-Infektion ergänzend abgerechnet werden.
- Abrechnung ist im **Zeitraum vom 1. November 2021 bis zum 30. Juni 2022** zusätzlich zur regelhaften Vergütung möglich. Die SARS-CoV-2-Infektion (ICD-Kode U07.1!) muss labordiagnostisch nachgewiesen sein.
- Bei Verlegung oder Entlassung eines bestätigten SARS-CoV-2 Patienten am Tag der Aufnahme oder am darauffolgenden Tag kann kein Versorgungsaufschlag abgerechnet werden.
- Der Versorgungsaufschlag berechnet sich auf Basis von 90 Prozent der für das Krankenhaus geltenden tagesbezogenen Pauschale gemäß der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung multipliziert mit dem Faktor 13,9 (durchschnittliche Verweildauer mit dem SARS-CoV-2 infizierten Patienten).
- Der Versorgungsaufschlag wird zu **50 % beim Ganzjahreserlösausgleich** für das Jahr 2021 angerechnet (neugeregelt mit dem Impfpräventionsgesetz)
- Die Krankenhäuser melden die Beträge an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde (erstmalig 44. KW) zur Prüfung. Innerhalb von drei Tagen melden die Länder die aufsummierten Beträge an das Bundesamt für soziale Sicherung, welches die angeforderten Mittelbedarfe unverzüglich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Länder zahlt. Im Anschluss erfolgt wiederum innerhalb von drei Tagen die Zuteilung an die betroffenen Krankenhäuser.

Finanzielle Regelungen für Kliniken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie
(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)

Ausgleich coronabedingter Mehrkosten (§§ 5 Abs. 3i, 9 Abs. 1a Nr. 9 KHEntgG)	KHEntgG			BPfIV		
	4. Quartal 2020	1. Halb- jahr 2021	2. Halb- jahr 2021	4. Quartal 2020	1. Halb- jahr 2021	2. Halb- jahr 2021
	COVID-Fall	100 €	80 €	40 €	100 €	20 €
Nicht- COVID-Fall	50€	40 €	20 €	50 €	20 €	20 €

- Gesetzliche Grundlage **bis zum 30.06.2021** (§ 21 Abs. 6 KHG) – Pauschalen gelten unmittelbar
 - ab dem 01.07.2021 Anschlusslösung mit KHZG (§ 5 Abs. 3i KHEntgG) – Pauschalen werden weiter ausbezahlt; Empfehlung DKG und GKV-SV: Beträge sollen auf Ortsebene vereinbart werden

Corona-Mehrkosten-Vereinbarung vom 21.12.2021 (§ 9 Abs. 1a Nr. 9 KHEntgG)

- Empfehlung: Vereinbarung einer pauschalen Abgeltung der **vom 01.10.2020 bis zum 31.12.2021** für nicht anderweitig finanzierte Mehrkosten aufgrund der Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarungen gezahlten Beträge sowohl im Bereich KHEntgG und BPfIV (§1 Abs. 2)
- Das Krankenhaus oder die anderen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG können die Vereinbarung krankenhausesindividueller Zuschläge verlangen; insbesondere, wenn die gezahlten pauschalen Beträge zu einer deutlichen Über- oder Unterdeckung der coronabedingten Mehrkosten geführt haben (§ 1 Abs. 3)
- krankenhausesindividuelle Zuschläge sind grundsätzlich für den Zeitraum 01.10.2020 bis 31.12.2021 zu vereinbaren; alternativ können diese für den Zeitraum vom 01.01.2021 bis 31.12.2021 vereinbart werden, dann werden die nach der Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung 2020 geleisteten Zuschlagszahlungen als pauschale Abgeltung anerkannt (§ 1 Abs. 4)

Anwendung FDA (§ 4 Abs. 2a KHEntgG)

Krankenhauszukunftsgesetz vom 23.10.2020 (vgl. [hier](#))

Finanzielle Regelungen für Klinken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie

(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)

	<ul style="list-style-type: none">- FDA gilt nicht<ul style="list-style-type: none">o für die Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2020o und somit auch nicht in 2020, wenn dieser für das Jahr 2018 bzw. 2019 vereinbart wurde- FDA im Jahr 2021 ist nur auf die mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen anzuwenden, die im Vergleich zur Vereinbarung für das Jahr 2019 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden. <p>GVWG</p> <ul style="list-style-type: none">- bei Ermittlung des FDA ab 2022 soll das Erlösbudget 2019 als Vergleichsgröße festgelegt werden, solange für das jeweilige Vorjahr weniger Leistungen als im Jahr 2019 vereinbart werden- Erhöhung der Kappungsgrenze für Zuschläge auf voll- und teilstationäre Entgelte von 15% auf 30% auch für das Jahr 2022 (analog den Regelungen für 2020 und 2021)
Anspruch auf Refinanzierung von Corona-Testungen	
Krankenhäuser und Rehabilitation/Vorsorge (Test-Verordnung)	Coronavirus-Testverordnung (vgl. hier) <ul style="list-style-type: none">- Patienten oder Betreute haben vor Aufnahme oder Wiederaufnahme in medizinische Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung einen Anspruch auf einen PCR-Test auf Kosten der GKV- In Krankenhäusern, Reha- und Vorsorgeeinrichtungen können Testungen von asymptomatischen Patienten, Mitarbeitern und Besuchern ohne Beauftragung durch die Gesundheitsämter mittels (PoC-)Antigen-Tests zur Eigenanwendung auf Grundlage eines Testkonzepts durchgeführt werden- Reha- und Vorsorgeeinrichtungen können nur Sachkosten für (PoC-)Antigen-Tests abrechnen, es sei denn, sie wurden vom Gesundheitsamt als „Dritter“ beauftragt; dann können sie PCR-Tests in den vorgesehenen Fällen des § 6 Abs. 3 TestV durchführen und Leistungen nach § 12 TestVO abrechnen

Finanzielle Regelungen für Kliniken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie
(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)

	<ul style="list-style-type: none"> - Voraussetzung für die Abrechnung der Tests zur Eigenanwendung ist die Vorlage eines einrichtungs- oder unternehmensbezogenen Testkonzepts gegenüber der zuständigen Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes - Im Rahmen dieser einrichtungs- oder unternehmensbezogenen Testkonzepte besteht derzeit die Berechtigung, 35 PoC-Antigen-Tests oder Antigen-Tests zur Eigenanwendung je behandelter Person pro Monat in eigener Verantwortung zu beschaffen, für das Testaufkommen zu nutzen und abzurechnen. Gemäß § 11 TestV erhalten die Kliniken hierfür eine Sachkostenpauschale in Höhe von 3,50 Euro je Test. Eine weitergehende Vergütung ist ausgeschlossen (§ 7 Abs. 3 TestV). - Erbringung und Abrechnung der o. g. Leistungen bis zum 30.06.2022 möglich
<p>Zusatzentgelt für Krankenhäuser (§ 26 KHG)</p>	<p>2. Bevölkerungsschutzgesetz (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusatzentgelt für Testungen auf eine SARS-CoV-2-Infektion im Krankenhaus - Für Patient:innen während einer voll- oder teilstationären Behandlung sowie während vorstationärer Behandlungen (nur im Zusammenhang mit stationärem Aufenthalt) - Einigung Selbstverwaltung: Vereinbarung Zusatzentgelt besteht auch nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite fort - Zusatzentgelt für PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik: 45,50 Euro - Splittung des Zusatzentgelts für Antigen-Tests: Zusatzentgelt für laborbasierte Antigen-tests: 19,00 Euro; Zusatzentgelt für PoC-Antigentests: 11,50 Euro - Abrechnung des Zusatzentgeltes auch im Rahmen stationsäquivalenter Behandlung möglich - Abrechnung mehrfacher Testungen möglich, sofern diese medizinisch oder epidemiologisch erforderlich sind, um eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 festzustellen
<p>Weitere Regelungen</p>	

Finanzielle Regelungen für Klinken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie
(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)

Zahlungsfrist (§ 415 SGB V)	<p>Vierte Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 28.03.2022</p> <p>Geltung der 5-Tage-Zahlungsfrist für die von den Krankenhäusern erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen bis zum 31. Dezember 2022</p>
Rechnungsprüfung OPS-Mindestmerkmale (§ 25 KHG)	<p>Vierte Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 28.03.2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussetzung Prüfung Struktur- und Mindestmerkmale bestimmter OPS-Kodes in Krankenhäusern, die zwischen dem 1. November 2021 und 30. Juni 2022 Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind oder bei denen der Verdacht einer solchen Infektion besteht, behandeln

Rehabilitation	
Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (für DRV/UV-Anteil, vgl. hier)	
§ 3 (SodEG)	<p>ambulante und stationäre Reha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ab 01.04.2020 erhalten die Einrichtungen einen monatlichen Zuschuss von höchstens 75 % der durchschnittlichen monatlichen DRV-bzw. Unfallversicherung-Zahlung im Referenzzeitraum März 2019 bis Februar 2020 durch die DRV/UV, sofern sie von Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetzes unmittelbar oder mittelbar beeinträchtigt sind - Verpflichtung der Einrichtungen, den Leistungsträgern den Zeitpunkt der Beendigung der Beeinträchtigung unverzüglich mitzuteilen - Leistungsträger haben einen nachträglichen Erstattungsanspruch, soweit den Einrichtungen im Zuschusszeitraum vorrangige Mittel tatsächlich zugeflossen sind - Vorrangige Mittel sind: Leistungsvergütungen des Reha-Trägers; Entschädigungen nach IfSG; Einsparungen durch Kurzarbeit; Zuschüsse des Bundes und der Länder;

Finanzielle Regelungen für Klinken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie
(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)

	<p>Versicherungsleistungen; Vergütungen nach § 22 KHG und § 149 SGB XI, wenn nicht schon von einem anderen Leistungsträger verrechnet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein finanzieller Ausgleich für nicht belegte Betten ist im SodEG nicht vorgesehen - befristet bis zum 30.06.2022
<p>3. Bevölkerungsschutzgesetz (für GKV), Erste Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser</p>	
<p>§ 111d SGB V (ausgelaufen; Anschlussregelung in § 111 Abs. 5 und § 111c Abs. 3 SGB V, s.u.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - für GKV-Anteil - stationäre Vorsorge- und Reha-Kliniken einschl. Mutter-Kind - ab 18.11.2020 bis 15.06.2021 - Ausgleichszahlung von 50 % des mit Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung nach § 111 Abs. 5 SGB V pro leerstehendes GKV-Bett - Täglich: Zahl der Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag vollstationär behandelten Patienten (Referenzwert) - Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patienten - Wenn Ergebnis > 0: Ausgleichszahlung - Ambulante Reha kein Ausgleichsanspruch - 4. Änderungsvereinbarung Vereinbarung zu § 111 d Abs. 5 SGB V zum Verfahren des Nachweises vom 04.06.2021 - BMG kann durch Rechtsverordnung die Frist bis zum 31.10.21 verlängern;
<p>§ 22 KHG (Ersatzkrankenhäuser)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Vorsorge- und Reha-Kliniken mit Vertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V - ab 16.03.2020 bis zum 31.05.2021 können Länder Vorsorge- und Rehakliniken bestimmen, die Patienten, die einer nicht aufschiebbarer akutstationären Behandlung bedürfen, stationär behandeln können - Pauschalbeträge für die Behandlung von Akutfällen - Änderungsvereinbarung zur 3. Vereinbarung nach § 22 Abs. 2 KHG vom 21.12.22

Finanzielle Regelungen für Klinken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie

(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)

	<ul style="list-style-type: none">- Regelung gilt erneut vom 18.11.2021 bis 30.06.2022 (Gesetz anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite)- Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 sollen bis zum 31. Dezember 2021 Pauschalbeträge für die Vergütung der erbrachten Behandlungsleistungen, Zuschläge für entstehende Mehraufwendungen und das Nähere zum Verfahren der Abrechnung der Vergütungen vereinbaren (Impfpräventionsgesetz)
Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)	
<p>Corona-Zuschlag GKV gemäß § 111 Abs. 5 Sätze 5 und 6, Abs. 7 Nr. 2, 2. HS SGB V § 111c Abs. 3 Sätze 5 und 6 SGB V</p>	<ul style="list-style-type: none">• Krankenkassen und ambulante und stationäre Reha-Einrichtungen einschl. Mutter-Vater-Kind haben die Vergütungsvereinbarungen für den Zeitraum vom 01.10.20 bis 30.06.2022 an die durch die COVID-Pandemie bedingte besondere Situation anzupassen• Es sollen sowohl der Mehraufwand als auch die Mindererlöse berücksichtigt werden• GKV-Spitzenverband und Reha-Leistungserbringerverbände regeln in einer Rahmenempfehlung bis zum 15.07.21 Grundsätze für die Vereinbarungen• „Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation zu Corona-Sonderregelungen“ seit 15.07.21 in Kraft:<ul style="list-style-type: none">○ 60 % Mindererlösausgleich für ambulante und stationäre Reha- und Vorsorge-Einrichtungen in der Zeit vom 01.10.2020 bis 17.11.2020○ 50 % Mindererlösausgleich für ambulante und stationäre Reha- und Vorsorge-Einrichtungen in der Zeit vom 16.6.2021 bis 31.12.2021○ 50 % Mindererlösausgleich für ambulante Reha-Einrichtungen in der Zeit vom 18.11.2020 bis 15.06.2021• Ab 01.01.2022 bis 19.03.22 wurde in einer Ergänzungsvereinbarung eine neue Berechnung für den Mindererlösausgleich geregelt:<ul style="list-style-type: none">○ Für die Berechnung der durchschnittlichen Minderbelegung im Vergleich zum Referenzwert 2019 wird der Meldezeitraum 01.01.-19.03.2022 in 14-Tages-Intervalle unterteilt (01.01.-14.01.; 15.01.-28.01.; ...; 12.03.-19.03.) Für diese 14-Tages-Intervalle erfolgt jeweils die Berechnung des absoluten Ausgleichsanspruchs in Euro

Finanzielle Regelungen für Kliniken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie

(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)

	<ul style="list-style-type: none">○ Pauschaler Hygieneszuschlag in Höhe von 6 Euro pro Tag und Person (für ambulante bzw. mobile Leistungen zur medizinischen Reha) bzw. 8 Euro pro Tag und Person (für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Reha) bis 30.06.22. Seit 20.03.22 wird der Hygieneszuschlag unter Vorbehalt weitergezahlt.- Die Vereinbarungspartner verhandeln derzeit die Anschlussvereinbarung für den Zeitraum 20.03. bis 30.06.2022
Weitere Regelungen	
Hygiene-Zuschlag DRV, GKV, PKV, DGUV	<ul style="list-style-type: none">- Leistungsträger zahlen für stationäre Rehabilitationsleistung einen pauschalen Zuschlag von 8 Euro pro Pflegetag sowohl für Patienten als auch für Begleitpersonen, für die ganztägig ambulanten Reha-Leistungen 6 Euro pro Tag und Patient und für Nachsorgeleistungen einschl. ambulante Reha Sucht 25 Cent pro Tag und Patient- DRV: 01.08.20 bis 30.06.2022- GKV: vom 01.09.20 bis 31.12.2020 (danach s.o. § 111 Abs. 5, § 111c Abs. 3 SGB V)- PKV: sofern ein solcher Corona-Zuschlag in den Kostentarif der Reha-Einrichtung aufgenommen und mit dem Patienten vor Behandlungsbeginn vereinbart wurde- DGUV: vom 01.08. bis 30.06.2022

Checkliste weitere finanzielle Ausgleichsmöglichkeiten für alle Kliniken (inkl. § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag, ambulante Rehabilitation, Vorsorge Rehabilitation Mutter Kind)

- **Erstattungsansprüche nach dem Infektionsschutzgesetz**
 - Entschädigung für Verdienstaufschlag nach § 56 IfSG (s. BMG [hier](#))
 - berufliches Tätigkeitsverbot durch zuständige Behörde oder erforderliche Absonderung
 - Arbeitnehmer muss Kinder betreuen (§ 56 Abs. 1a IfSG); Anspruch besteht unabhängig von einer durch den Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite bis zum Ablauf des 23. September 2022

Finanzielle Regelungen für Kliniken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie
(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)



- Arbeitgeber zahlt zunächst und hat einen Anspruch gegen die Behörde auf Erstattung
- Kosten für die Durchführung von Schutzmaßnahmen nach § 69 Nr. 8 i.V.m § 30 IfSG bei Quarantäneanordnungen von Patienten

(Einen Überblick finden Sie auch [hier](#) auf der Webseite des Bundesministeriums für Finanzen)

- **Kurzarbeit** (s. Rechtsinformation im BDPK-Extranet [hier](#), s. Arbeitsagentur [hier](#))
 - Anspruch auf KUG besteht, wenn mindestens 10 Prozent der Beschäftigten einen Arbeitsentgeltausfall von mehr als 10 Prozent haben.
 - Anfallende Sozialversicherungsbeiträge für ausgefallene Arbeitsstunden werden pauschal zu 100 Prozent erstattet.
 - Der Bezug von KUG ist bis zu 12 Monate möglich.
 - Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter können ebenfalls in Kurzarbeit gehen und haben Anspruch auf KUG.
 - In Betrieben, in denen Vereinbarungen zur Arbeitszeitschwankungen genutzt werden, wird auf den Aufbau negativer Arbeitszeitkonten verzichtet.
 - Die weiteren Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von KUG behalten ihre Gültigkeit.
 - Die Regelungen zur Kurzarbeit werden bis zum **30.06.2022** verlängert.
- **Versicherungen** (eigene Versicherungspolice prüfen)
Z. B.
 - Betriebsausfallversicherung
 - Betriebsschließungsversicherung
- **Förderprogramme der Länder** (vgl. [hier](#))

Finanzielle Regelungen für Kliniken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie
(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)



Corona-Hilfen des Bundes (vgl. [hier](#)):

• **KfW-Kredite**

KfW-Sonderprogramm inklusive **KfW-Schnellkredit bis 30.04.2022 verlängert** (weitere Informationen unter:
<https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Unternehmen/KfW-Corona-Hilfe/>)

- für alle Unternehmen, die mindestens seit Januar 2019 am Markt sind
- 100 % Risikoübernahme durch die KfW
- die KfW verlangt von der Hausbank keine Risikoprüfung
- Max. Kreditbetrag: bis zu 25 % des Jahresumsatzes 2019 pro Unternehmensgruppe
 - Maximal 850.000 Euro pro Unternehmensgruppe bis einschließlich 10 Beschäftigte beim antragstellenden Unternehmen.
 - Maximal 1.500.000 Euro pro Unternehmensgruppe mit mehr als 10 bis einschließlich 50 Beschäftigten beim antragstellenden Unternehmen.
 - Maximal 2.300.000 Euro pro Unternehmensgruppe mit mehr als 50 Beschäftigten beim antragstellenden Unternehmen.
- Bis zu 10 Jahre Zeit für die Rückzahlung, 2 Jahre keine Tilgung
- Voraussetzung: Sie haben im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 oder im Jahr 2019 einen Gewinn erzielt
- Konsortialfinanzierung
 - KfW übernimmt bis zu 80% des Risikos, jedoch maximal 50 % der Gesamtverschuldung oder 30 % der Bilanzsumme der Unternehmensgruppe.
 - Der KfW-Risikoanteil beträgt mindestens 25 Mio. Euro und ist begrenzt auf 25 % des Jahresumsatzes 2019 oder das doppelte der Lohnkosten von 2019 oder den aktuellen Finanzierungsbedarf für die nächsten 12 Monate.

Finanzielle Regelungen für Klinken in Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie
(Stand 02.05.2022, wird laufend fortgeschrieben)



- **Überbrückungshilfen** (siehe [hier](#) und [hier](#))
 - **Überbrückungshilfe IV:** Förderzeitraum zunächst bis Juni 2022 verlängert; Die Antragsfrist für Erst- und Änderungsanträge endet am 15. Juni 2022 (verlängert, vorher 30. April 2022).
 - Unternehmen, Soloselbstständige, Angehörige der freien Berufe sowie Start-ups, die bis zum 30. September 2021 gegründet wurden, gemeinnützige und kirchliche Unternehmen und Organisationen aller Branchen mit einem Jahresumsatz bis 750 Mio. Euro im Jahr 2020 bei Umsatzeinbruch von mindestens 30 Prozent im Vergleich zum Referenzmonat im Jahr 2019. Die Umsatzhöchstgrenze von 750 Millionen Euro entfällt für direkt vom Lockdown betroffene Unternehmen sowie für Unternehmen der Pyrotechnikbranche, des Großhandels und der Reisebranche.
 - Änderungen und Erweiterungen im Vergleich zur Überbrückungshilfe III, z. B.
 - Maximaler Fördersatz: bei einem Umsatzeinbruch von mehr als 70 Prozent sinkt der maximale Fördersatz auf max. 90 Prozent (vorher 100 Prozent) der Fixkosten
 - Erhöhte Beihilferahmen können genutzt werden
 - Zusätzliche Antragsberechtigung für Unternehmen, die wegen Unwirtschaftlichkeit infolge von Corona-Regeln im Zeitraum 1. bis 31. Januar 2022 freiwillig schließen sowie junge Unternehmen, die bis zum 30. September 2021 (vorher 31. Oktober 2020) gegründet wurden