

Verfahrenshinweise zu § 111d SGB V

1. Zu den Musterdateien der BKG¹:

Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz eröffnet den Ländern die Möglichkeit, die Reha-Kliniken in die akutstationäre Krankenhausversorgung einzubeziehen. Diese Reha-Kliniken gelten bis zum 30.09.2020 als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V. § 149 SGB XI sieht vor, dass bis 30.09.2020 der Anspruch auf Kurzzeitpflege in Reha-Einrichtungen besteht, auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gem. § 111 Abs. 5 SGB V der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung.

§ 111d SGB V regelt darüber hinaus die Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgrund von Einnahmeausfällen durch das Corona-Virus. Ausgeglichen werden Einnahmeausfälle, die seit dem 16.03.2020 dadurch entstanden sind, dass Betten nicht so belegt werden konnten, wie vor dem Auftreten der Corona-Pandemie.

Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 KHG vereinbaren bis zum 26.04.2020 Pauschalbeträge für die Vergütung der von Reha-Kliniken erbrachten akutstationären Krankenhausleistungen sowie das Nähere zum Verfahren der Abrechnung der Vergütungen.

Der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene einigten sich am 09.04.2020 auf eine Vereinbarung nach § 111d Abs. 5 SGB V zum Verfahren des Nachweises der Ausgleichszahlungen nach § 111d Abs. 2 SGB V sowie zur Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungssatzes nach § 111d Abs. 3 SGB V. Diese Vereinbarung für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V regelt das Verfahren zur Ermittlung des Ausgleichsbetrages für den Zeitraum vom 16.03.2020 bis 30.09.2020 und legt die erforderlichen Meldungen und Nachweise fest.

Im ersten Schritt wird die Anzahl der im Jahr 2019 pro Tag durchschnittlich stationär behandelten Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermittelt. Dieser Referenzwert wird berechnet, indem die Anzahl der Belegungstage aller GKV-Rehabilitanden durch 365 geteilt wird. Wenn die Einrichtung nicht ganzjährig geöffnet hatte, sind die tatsächlichen Öffnungstage als Divisor zu verwenden. Als Belegungstage sind die Tage heranzuziehen, für die ein Pflegesatz abgerechnet wurde. Zur Ermittlung des Referenzwertes 2019 ist die **Anlage 1** der Vereinbarung zu verwenden.

Dem Referenzwert des Jahres 2019 werden für jeden Tag zwischen dem 16.03.2020 und dem 30.09.2020 die tatsächlich behandelten Patienten der GKV gegenübergestellt.

Hierzu zählen

- stationär behandelte Rehabilitanden der GKV,
- nach § 22 KHG akutstationär behandelte Patienten der GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV),
- Patienten der Kurzzeitpflege nach § 149 SGB XI zu Lasten der Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung sowie
- Patienten der Kurzzeitpflege nach § 39 SGB V.

¹ Quellenangabe: MITTEILUNGEN DER BAYERISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
Nr. 28/2020 – vom 30.03.2020, Nr. 231; Nr. 37/2020 vom 14.04.2020, Nr. 281 Nr. 40/2020 vom 17.04.2020, Nr. 303.

Minderbelegungen durch PKV-Versicherte fallen derzeit nicht unter den Rettungsschirm. § 111d SGB V gilt nur für gesetzliche Krankenkassen. Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) hat sich deshalb an das BMG gewandt, um hierfür Lösungen zu finden.

Zur Berechnung der Ausgleichsansprüche ist der durchschnittliche Vergütungssatz gem. § 111 Abs. 5 SGB V zu verwenden. Nach § 4 der Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation wird dieser ermittelt, indem für den Zeitraum 01.01.2020 - 31.03.2020 sämtliche Vergütungsansprüche aus der Behandlung von GKV-Patienten durch alle Belegungstage der GKV-Patienten dividiert werden. Dabei sind auch Vergütungsansprüche für genehmigte Mitaufnahmen von Begleitpersonen zu berücksichtigen. Der durchschnittliche Vergütungssatz ist nach **Anlage 2** der Vereinbarung zu ermitteln.

Für jeden Kalendertag zwischen dem 16.03.2020 und dem 30.09.2020 werden vom Referenzwert 2019 die für den jeweiligen Tag ermittelten Belegungstage der GKV-Patienten abgezogen. Für alle Kalendertage, an denen die Anzahl der Belegungstage niedriger ist als der Referenzwert, erfolgt ein Ausgleich. Dabei wird die Differenz mit dem durchschnittlichen Pflegesatz multipliziert und 60 Prozent des sich ergebenden Betrages werden für diesen Tag ausgeglichen.

Die Ermittlung der tagesbezogenen Ausgleichsbeträge erfolgt nach **Anlage 3** der Vereinbarung. Die Meldungen sind wochenweise vorzunehmen und möglichst innerhalb von zwei Werktagen nach einer Kalenderwoche zu übermitteln.

Sollten sich im Ausgleichszeitraum Vergütungssatzerhöhungen ergeben, kann mit der letzten Meldung der Ausgleichsbeträge eine Berücksichtigung bei der Berechnung der Ausgleichsbeträge eingefordert werden. Ein Anspruch auf Berücksichtigung der Vergütungssatzerhöhung entsteht jedoch nur dann, wenn die Erhöhung bei mindestens einer der fünf belegungsstärksten Krankenkassen des ersten Quartals 2020 erfolgt. Dazu wird unter Berücksichtigung der Vergütungssatzerhöhung ein neuer durchschnittlicher Pflegesatz ermittelt, der dann ab dem Zeitpunkt der Vergütungssatzerhöhung zur Berechnung der tatsächlichen Ausgleichsansprüche herangezogen wird.

2. Zur Ausgleichsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation

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 § 111d Abs. 5 SGB V zum Verfahren des Nachweises der Ausgleichszahlungen nach § 111d Abs. 2 SGB V sowie zur Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungssatzes nach § 111d Abs. 3 SGB V (Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation) vom 09.04.2020 zu beachten sind.

Die Berechnungen der Werte für die Anlage 2 Nummer 1 und 2 zur Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungssatzes nach § 4 Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation sind im Fall einer Prüfung durch das StMGP oder das LfP (gem. § 6 Abs. 5 Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation) zur Verfügung zu stellen.

Sofern die Berechnung auf einer Vereinbarung von Pauschalvergütungen ohne ausgewiesene Tagessätze beruht, sind relevante Teile der Vereinbarung eingescannt dem Antrag als Anhang beizufügen.

In Fällen, in denen **nach plausibler Darlegung der Einrichtung** die jahresdurchschnittlichen Behandlungstage im Jahr 2019 aufgrund von einrichtungsspezifischen Besonderheiten nicht als Referenzwert geeignet sind, können das StMGP und das LfP unter Einbeziehung der Vertragsparteien nach § 111 Abs. 2 SGB V den Referenzwert anpassen (§ 6 Abs. 2 Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation). Solche Ausnahmen sind gesondert zu beantragen. Dabei ist die Abweichung vom Jahr

2019 zu begründen. Neben der Berechnung mit dem regelungskonformen Referenzwert 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 § 111 Abs. 2 SGB V etwas Zeit in Anspruch nehmen wird.

Ebenfalls zu erklären und begründen sind Fälle, in denen sich auf Grund der Angaben eine Auslastung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von mehr als 100% ergibt.

Das StMGP und das LfP können insbesondere bei eigenen Erkenntnissen oder Hinweisen der beauftragten Krankenkasse, die begründete Zweifel an der Richtigkeit der Meldungen nach den Anlagen 1 bis 3 aufkommen lassen, entsprechende Nachweise der Einrichtung anfordern oder relevante Unterlagen in den Einrichtungen einsehen. Diese Überprüfung soll unter Berücksichtigung der Zielsetzung der Sicherung der Liquidität nachgelagert erfolgen (§ 6 Abs. 5 Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation).

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 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 Abs. 5 SGB V. Für Privatkliniken nach § 30 GewO besteht aktuell kein gesetzlicher Anspruch nach § 111d SGB V (auch nicht analog).