

**FAQ zur Richtlinie über die Gewährung von Vorhaltepauschalen für Einrichtungen der
Vorsorge und Rehabilitation mit Verträgen mit der Gesetzlichen Krankenversicherung
im Zuge der Corona-Pandemie**

	Frage	Antwort
1.	Wer ist antragsberechtigt?	Antragsberechtigt sind Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V.
2.	Sind auch weitere Einrichtungen, die keinen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V haben, antragsberechtigt?	Nein, insbesondere sind - Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Vertrag nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in Verbindung mit § 38 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder die von der Gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben werden, - Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Vertrag nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) oder die von der Gesetzlichen Unfallversicherung selbst betrieben werden, sowie - Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V nicht antragsberechtigt.
3.	Warum sind Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V nicht antragsberechtigt?	Eltern-Kind-Einrichtungen werden umfanglich von Seiten des Bundes mit einem Ausgleich in Höhe von 60 % der Regelvergütung abgedeckt, wodurch mögliche Liquiditätsengpässe weitgehend minimiert werden. Nachdem bayerische Eltern-Kind-Einrichtungen primär aus Gründen des Infektionsschutzes vollständig geschlossen wurden und grundsätzlich nicht zur Behandlung von COVID-19 Patienten herangezogen werden können, sind Vorhaltungsaufwendungen nicht in mit anderen Einrichtungen vergleichbarem Maße entstanden. Aus diesen Gründen ist die vorgenommene Differenzierung gerechtfertigt.
4.	Wo wird der Antrag gestellt?	Der Antrag ist in elektronischer Form zu stellen an das Bayerisches Landesamt für Pflege. Unter dem Link https://www.stmgp.bayern.de/meine- themen/fuer- krankenhausbetreiber/betriebskosten/ auf unserer Homepage sind die Antragsformulare ab sofort abrufbar.

5.	Gibt es ein Antragsformular und wo ist es erhältlich?	Ja. Für den Antrag ist das zugehörige Antragsformular vollständig auszufüllen. Die Antragsformulare sind unter folgendem Link abrufbar: https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-krankenhausbetreiber/betriebskosten/ Die Antragstellung erfolgt zweckmäßigerweise entsprechend zu den Meldungen für die bundesseitigen Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V.
6.	Gibt es eine Ausschlussfrist für die Einreichung von Anträgen?	Ja. Alle Anträge müssen spätestens bis zum 31.08.2020 beim Landesamt für Pflege eingehen.
7.	Ich betreibe Einrichtungen an mehreren Standorten. Reicht ein Antrag?	Nein. Die Höhe der Leistungen ist standortbezogen – entsprechend der bundesseitigen Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V - zu ermitteln, zu beantragen und auszuführen.
8.	Wie oft und für welchen Zeitraum erfolgen die Auszahlungen?	Das Landesamt für Pflege kann aufgrund entsprechender Meldungen der Antragsteller zum 15. und 30. jedes Monats Auszahlungen für den jeweils zurückliegenden Leistungszeitraum vornehmen.
9.	Wie lange dauert es bis zur Auszahlung?	Die Auszahlung erfolgt nach ordnungsgemäßem und vollständigem Antragseingang. Bei erstmaligem Antrag kann es zu etwas höheren Bearbeitungszeiten kommen. Um die Auszahlungen nicht zu verzögern, bitten wir von Rückfragen abzusehen.
10.	Für welchen Zeitraum wird die Leistung gewährt?	Der Leistungszeitraum beginnt am 25.03.2020. Eine Leistungsgewährung für vor dem 25.03.2020 liegende Zeiten ist aus beihilferechtlichen Gründen wegen der erforderlichen europarechtlichen Betrauung nicht möglich. Der Leistungszeitraum endet am 31.07.2020.
11.	Was ist der Referenzwert und wie wird dieser ermittelt?	Der Referenzwert ist die Zahl der durchschnittlich im Jahr 2019 pro Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen. Er ist die Basis für die tägliche Ermittlung der COVID-19-bedingten Unterbelegung.
12.	Wie hoch sind die Zahlungen?	Die pauschale Leistung beträgt 50 Euro täglich für jede nicht behandelte Patientin und jeden nicht behandelten Patienten der

		<p>Krankenkassen aufgrund der für die Versorgung von COVID-19-Erkrankten freigehaltenen Betten.</p> <p>Zugleich dürfen zusammen mit den Ausgleichszahlungen des Bundes 90 % des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung nach § 111 Abs. 5 SGB V (Regelentgelt) nicht überschritten werden.</p>
13.	Wie wird die Höhe der Zahlungen ermittelt?	<p>Die Einrichtungen ermitteln täglich die Höhe der Zahlungen, indem sie vom Referenzwert die Zahl der am jeweiligen Tag im Zahlungszeitraum stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen sowie der Zahl der nach § 22 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes behandelten oder nach § 149 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) oder § 39c SGB V zur Kurzzeitpflege aufgenommenen Patientinnen und Patienten der Krankenkassen abziehen und mit der Pauschale von 50 Euro unter Berücksichtigung der in Nr. 11 genannten Obergrenze multiplizieren.</p> <p>Die Berechnung erfolgt für alle Kalendertage mit Hilfe der unter dem Link https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-krankenhausbetreiber/betriebskosten/ zur Verfügung gestellten Antragsformulare und Tabellen.</p>
14.	Was passiert, wenn die Einrichtung bereits Ausgleichszahlungen anderer Hilfsprogramme erhalten hat?	<p>Soweit die Einrichtung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie hinsichtlich desselben Tatbestandes eine vorrangige Vergütung oder Ausgleichzahlung nach einem anderen (Hilfs-)Programm wie z.B. die Soforthilfe Corona in Anspruch nehmen kann, erfolgt die Zahlung insgesamt nur bis zu einem Höchstbetrag von bis zu 90 % des mit den Krankenkassen vereinbarten Regelentgelts.</p>

Stand: 10.06.2020