

**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?	<p>Antragsberechtigt sind Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die gemäß der Allgemeinverfügung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern durch Anordnung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung als geeignete Einrichtung verstärkt in das akutstationäre Versorgungsgeschehen miteinbezogen werden, dieser Anordnung ordnungsgemäß Folge leisten (z.B. Zuweisung und Übernahme akutstationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten) und die sowohl einen Nachweis für die Anordnung als auch eine schriftliche Bestätigung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung für deren ordnungsgemäße Befolgung vorlegen können.</p>
2.	Sind auch weitere Einrichtungen antragsberechtigt?	<p>Nein, insbesondere sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, - Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V sowie - Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, die <u>nicht</u> durch Anordnung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung in das akutstationäre Versorgungsgeschehen miteinbezogen werden, <p>nicht antragsberechtigt.</p>

3.	Warum sind die in Nr. 2 genannten Einrichtungen nicht antragsberechtigt?	Anders als in der ersten Welle im Frühjahr 2020 erhalten nur Einrichtungen ihre Kosten erstattet, die tatsächlich für die Gewährleistung der Versorgung durch eine Anordnung des ÄL KHK herangezogen wurden. Hierdurch sind diesen Einrichtungen Kosten erstanden, die nicht mit denen anderer, insoweit nicht betroffener Einrichtungen vergleichbar sind. Aus diesen Gründen ist die vorgenommene Differenzierung gerechtfertigt.
4.	Wo wird der Antrag gestellt?	Der Antrag ist in elektronischer Form zu stellen an das Bayerische 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 Frist für die Einreichung von Anträgen?	Ja. Alle Anträge müssen spätestens bis zum 30.09.2021 beim Landesamt für Pflege eingehen. Über Ausnahmen vom Erfordernis der Einhaltung dieser Frist entscheidet das Landesamt für Pflege unter Berücksichtigung der Gründe, die zu der Verzögerung geführt haben.
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 22.12.2020 und endet mit Ende der Feststellung des Katastrophenfalls, spätestens aber am 31.05.2021. Innerhalb dieses Zeitraums werden die Kosten insoweit erstattet, als die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.
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 75 Euro täglich für jede nicht behandelte Patientin und jeden nicht behandelten Patienten der Krankenkassen aufgrund der für die Versorgung von COVID-19-Erkrankten freigehaltenen Betten. Zugleich dürfen zusammen mit den Ausgleichszahlungen des Bundes und einer vorrangigen Vergütung oder Ausgleichszahlung infolge der Anordnung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung oder nach einem anderen (Hilfs-)Programm im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie 90 % des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung nach § 111 Abs. 5 SGB V (Regelentgelt) nicht überschritten werden.
13.	Wie wird die Höhe der Zahlungen ermittelt?	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 sowie der

		<p>nach Nr. 3.4.3.3 der Allgemeinverfügung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern stationär aufgenommenen Personen, im letzteren Fall soweit diese zusammen mit den am jeweiligen Tag stationär behandelten Privatpatientinnen und Privatpatienten die Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Privatpatientinnen und Privatpatienten übersteigt, abziehen und mit der Pauschale von 75 Euro unter Berücksichtigung der in Nr. 12 genannten Obergrenze multiplizieren. 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.	<p>Was passiert, wenn die Einrichtung bereits Ausgleichzahlungen anderer Hilfsprogramme erhalten hat?</p>	<p>Soweit die Einrichtung hinsichtlich desselben Tatbestandes eine Ausgleichszahlung des Bundes oder eine vorrangige Vergütung oder Ausgleichszahlung infolge der Anordnung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung oder nach einem anderen (Hilfs-)Programm im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie in Anspruch nimmt, erfolgt die Zahlung insgesamt nur bis zu einem Höchstbetrag von bis zu 90 % des mit den Krankenkassen vereinbarten Regelentgelts.</p>