

## **Merkblatt zu der Vergütung erbrachter Behandlungsleistungen und Ausgleichszahlungen aufgrund von Einnahmeausfällen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**

Mit dem Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen sind für bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen folgende finanzielle Unterstützungsleistungen vorgesehen:

1. Vergütung von erbrachten stationären Behandlungsleistungen und
2. Ausgleichszahlungen aufgrund von Einnahmeausfällen

Die Rechtsgrundlagen sind das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz in Verbindung mit § 22 KHG und § 111d SGB V. Eine Refinanzierung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach den Maßgaben des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz in Verbindung mit § 21 KHG scheidet aus.

### **I. Vergütung von Behandlungsleistungen (§ 22 KHG)**

- Die Länder können Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmen, in denen Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V bedürfen, vollstationär behandelt werden können.
- Dies ist nur bei den folgenden Einrichtungen möglich:
  1. Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V,
  2. Einrichtungen mit einem Vertrag nach § 15 Abs. 2 SGB VI in Verbindung mit § 38 SGB IX oder wenn sie von der gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben werden,
  3. Einrichtungen mit einem Vertrag nach § 34 SGB VII.
- Die genannten Einrichtungen gelten für die Behandlung von bis zum 30. September 2020 aufgenommenen Patienten als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V.

→ Alle anderen Einrichtungen, so z.B. auch sog. Mutter-und-Kind-Einrichtungen nach § 111a SGB V, fallen nicht unter den Anwendungsbereich des § 22 KHG.
- Anhand der von Ihnen ausgefüllten Abfrage zu der Vorhaltemöglichkeit von Kapazitäten für COVID-19-Patienten sowie Patienten, die aufgrund einer leichten Form der Erkrankung einer weniger intensiven aber stationären Versorgung bedürfen, bestimmt das MAGS, welche Einrichtung als Krankenhaus gilt und für die Erbringung von stationären Leistungen vergütet wird.

→ Soweit das MAGS die entsprechenden Einrichtungen bestimmt hat, erfolgt eine schriftliche Bestätigung gegenüber den Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen. Damit dürfen die Einrichtungen abrechenbare Krankenhausleistungen erbringen.

#### Näheres zum Verfahren:

- Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Abs. 2 KHG (Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft) vereinbaren Pauschalbeträge für die Vergütung der von den genannten Einrichtungen erbrachten Behandlungsleistungen sowie das Nähere zum Verfahren der Abrechnung der Vergütungen.

→ Die Refinanzierung erfolgt somit über die Krankenkassen.

## **II. Vergütung von Kurzzeitpflege (§ 149 SGB XI)**

Bis einschließlich 30. September 2020 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, abweichend von § 42 Absatz 4 SGB XI auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Abs. 5 SGB V der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Sollten Sie diese **Leistung anbieten, müssen Sie dies vorab an das MAGS melden (E-Mail: [praevention@mags.nrw.de](mailto:praevention@mags.nrw.de)).**

→ Die Refinanzierung erfolgt über die Pflegekassen

## **III. Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle**

- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V erhalten für die Ausfälle von Einnahmen, die seit dem 16. März 2020 dadurch entstehen, dass Betten nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht einen entsprechenden Vertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V abgeschlossen haben, haben keinen Anspruch auf Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V.
  - Der Beginn des Ausgleichszahlungszeitraums ist der 16. März 2020
  - Das Ende des Ausgleichszahlungszeitraums ist der 30. September 2020

#### Berechnung der Ausgleichszahlungen:

- Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen, indem sie täglich (erstmalig für den 16. März 2020) von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patienten

(Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patienten der Krankenkassen sowie die Zahl der behandelten Patienten nach § 22 KHG (Vollstationäre Behandlung von Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akut-stationären Krankenhausversorgung bedürfen) oder nach § 149 SGB XI oder § 39c SGB V zur Kurzzeitpflege aufgenommenen Patienten abziehen.

- Sofern das Ergebnis größer als null ist, ist dieses mit der tagesbezogenen Pauschale zu multiplizieren.

→ Die tagesbezogene Pauschale beträgt 60 % des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung nach § 111 Abs. 5 SGB V.

→ Hinweis: Die Berechnung der Daten liegt in der Verantwortung der jeweiligen Einrichtung. Sämtliche mit diesem Verfahren zusammenhängende Unterlagen sind bis zum 31.12.2025 aufzubewahren.

Näheres hierzu werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Leistungserbringer zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bis zum 10. April vereinbaren.

#### Übermittlung der Zahlen an das MAGS:

- Unter Anwendung des vorgegebenen Antragsformulars übermitteln die einschlägigen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dem MAGS den errechneten Betrag differenziert nach Kalendertagen einmal pro Woche (letztmals für den 30. September 2020) elektronisch an die folgende E-Mail-Adresse:
  - [Covid19-KHEG@mags.nrw.de](mailto:Covid19-KHEG@mags.nrw.de)
- Darüber hinaus wird darum gebeten, in das Antragsformular einen konkreten Ansprechpartner zu benennen, der bei Rückfragen kontaktiert werden kann.
- Aufgrund fest vorgegebener Zahlungszeitpunkte müssen die Meldungen wöchentlich Dienstags um 15:00 Uhr elektronisch eingegangen sein. Der Erstantrag muss bis spätestens dem 07. April gestellt worden sein.
- Die Meldungen für den abgelaufenen Monat sind bis zum 10. des Folgemonats ausgedruckt und rechtsverbindlich unterschrieben per Post an das MAGS zu übersenden.

#### Auszahlungsverfahren:

- Nachdem das MAGS alle Beträge aufsummiert hat, erfolgt die Übermittlung der Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).
- Das BAS zahlt auf Grundlage der Mittelbedarfe die Beträge zu bestimmten Zeitpunkten an das MAGS.
- Das MAGS führt sodann die Auszahlung an die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch.

- Einmalig erhalten die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach der ersten Meldung einen Bescheid als Rechtsgrundlage der fortlaufenden Auszahlungen.

Weitere Bestimmungen:

- Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erstatten dem Land die erhaltenen Ausgleichszahlungen, soweit sie vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen beanspruchen können. Das Land leitet die Zahlungen an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter.

Für telefonische Rückfragen stehen Ihnen Frau Dr. Dybowski (0211 855 4117) und Frau Guth (0211 855 3464) zur Verfügung.