

**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)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband

und

dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.,
dem Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.,
dem Bundesverband Geriatrie e. V.,
dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.,
dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.,
dem Deutschen Caritas Verband e. V.,
der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) e. V.,
dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband –Gesamtverband- e. V.,
dem Deutschen Roten Kreuz –Generalsekretariat– e. V.,
der Elly Heuss-Knapp-Stiftung –Deutsches Müttergenesungswerk–
dem Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.,
dem Fachverband Sucht e. V.

Präambel

Nach dem Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27.03.2020 hat der GKV-Spitzenverband mit den für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und medizinischer Vorsorge maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene (nachfolgend: die Vertragsparteien) das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der täglich stationär behandelten oder aufgenommenen Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Referenzwert für die Ermittlung und Meldung nach § 111d Abs. 2 SGB V sowie der Ermittlung des mit Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes nach § 111d Abs. 3 SGB V zu vereinbaren.

§ 1

Grundlagen des Verfahrens

- (1) Gemäß § 111d Abs. 2 SGB V ermitteln die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V die Höhe der Ausgleichszahlungen, indem sie täglich, erstmals für den 16.03.2020, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten (nachfolgend wird einheitlich von Rehabilitanden gesprochen, einschließlich der Patienten, die Vorsorgeleistungen erhalten) der Krankenkassen (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Rehabilitanden der Krankenkassen sowie die Zahl der nach § 22 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes behandelten oder nach § 149 SGB XI oder § 39c SGB V zur Kurzzeitpflege aufgenommenen Patientinnen und Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der tagesbezogenen Pauschale nach § 111d Abs. 3 SGB V zu multiplizieren. Nach § 3 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) gilt § 111d SGB V entsprechend für Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a Absatz 1 Satz 1 SGB V besteht.
- (2) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen melden die entsprechend den nachfolgenden Regelungen ermittelten und nachzuweisenden Ausgleichszahlungen differenziert nach Kalendertagen wöchentlich an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder an eine von dieser Landesbehörde benannte Krankenkasse. Diese Meldung ist letztmalig für den 30.09.2020 durchzuführen. Eine Verlängerung dieser Frist um bis zu 6 Monate ist nach § 111d Abs. 8 SGB V durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrats möglich.

§ 2

Ermittlung des Referenzwerts

- (1) Der Referenzwert der jeweiligen Einrichtung entspricht der Anzahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag zu Lasten der Krankenkassen stationär behandelten Rehabilitanden.
- (2) Der Jahresdurchschnitt wird ermittelt, indem die Anzahl der patientenbezogenen Belegungstage im Jahr 2019 für Rehabilitanden der Krankenkassen addiert und durch 365 dividiert wird. Sofern Einrichtungen nicht ganzjährig geöffnet waren, ist die Anzahl der Öffnungstage (Regelöffnungszeit) als Divisor heranzuziehen. Wenn die Vergütungsvereinbarungen vorsehen, dass der Aufnahme- und Entlassungstag zusammen als ein Tag vergütet werden, sind diese beiden Tage bei der Ermittlung des Jahresdurchschnitts

als ein Tag anzurechnen. Das Ergebnis ist kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden und bildet den Referenzwert für die weiteren Berechnungen.

§ 3

Ermittlung der Zahl der täglich behandelten Patientinnen und Patienten

(1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ermitteln täglich, erstmals für den 16.03.2020 und letztmalig für den 30.09.2020, für ihre Einrichtung die Anzahl der am jeweiligen Tag

- zu Lasten der Krankenkassen stationär behandelten Rehabilitanden,
- nach § 22 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungsunternehmen (dabei gelten der Aufnahmetag, jeder weitere Behandlungstag und der Entlassungstag als Behandlungstag),
- nach § 149 SGB XI zu Lasten der Pflegekassen oder der privaten Pflegeversicherung (§ 110 SGB XI) zur Kurzzeitpflege aufgenommenen Patientinnen und Patienten sowie
- der nach § 39c SGB V zur Kurzzeitpflege aufgenommenen Patientinnen und Patienten.

Die Ermittlung nach Satz 1 unterbleibt für Tage, an denen die Einrichtung aufgrund ihrer Regelöffnungszeit (s. § 2 Abs. 2 Satz 2) geschlossen ist oder geschlossen wäre, da insoweit kein Anspruch auf Ausgleichszahlungen nach § 111d Abs. 1 SGB V besteht.

(2) Die Anzahl der nach Abs. 1 täglich behandelten Patientinnen und Patienten ist als Summe der patientenbezogenen Belegungstage darzustellen.

§ 4

Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungssatzes je Einrichtung

Zur Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungssatzes ermittelt die Einrichtung krankenkassen- und indikationsübergreifend die patientenbezogenen Belegungstage für Leistungen der stationären medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für GKV-Versicherte der Monate Januar bis März 2020. Die Gesamtsumme der aus diesen Belegungstagen im Zeitraum Januar bis März 2020 entstandenen Vergütungsansprüche¹ wird durch die Anzahl der Belegungstage im Zeitraum Januar bis März 2020 nach Satz 1 geteilt. In die Ermittlung dieser Vergütungsansprüche werden auch ggf. bestehende Vergütungsansprüche für von der GKV bewilligte Mitaufnahmen von Begleitpersonen einbezogen. Die so ermittelte durchschnittliche Vergütung stellt den durchschnittlichen Vergütungssatz der Einrichtung im Sinne von § 111d Abs. 3 SGB V dar. Das Ergebnis ist kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden.

¹ Sofern Pauschalvergütungen ohne ausgewiesene Tagessätze vereinbart sind, sind die auf die Belegungstage entfallenden Anteile der Pauschalen einzubeziehen.

§ 5 Ermittlung des tagesbezogenen Ausgleichsbetrages

- (1) Die nach § 3 ermittelte Summe der patientenbezogenen Belegungstage am jeweiligen Kalendertag ist mit dem Referenzwert nach § 2 Abs. 2 abzugleichen, indem für den jeweiligen Kalendertag vom Referenzwert nach § 2 Abs. 2 die Summe der patientenbezogenen Belegungstage nach § 3 Abs. 2 abgezogen wird. Sofern die Anzahl der patientenbezogenen Belegungstage an einem Kalendertag niedriger ist als der Referenzwert, erfolgt für diesen Kalendertag ein Ausgleich.
- (2) Für Kalendertage, an denen die Differenz nach Abs. 1 größer als Null ist, wird diese Differenz mit dem durchschnittlichen Vergütungssatz nach § 4 multipliziert. Der tagesbezogene Ausgleichsbetrag beträgt 60 Prozent des Wertes aus Satz 1.
- (3) Der tagesbezogene Ausgleichsbetrag ist für alle Kalendertage im Zeitraum nach Absatz 1 zu ermitteln. Der Ausgleichsbetrag für eine Kalenderwoche ist als Summe aller tagesbezogenen Ausgleichsbeträge der jeweiligen Woche zu berechnen.

§ 6 Meldung und Nachweis

- (1) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen melden die entsprechend den nachfolgenden Regelungen erforderlichen Angaben an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder an die von dieser Landesbehörde benannte Krankenkasse. Die Meldung ist wochenweise und möglichst innerhalb von zwei Werktagen nach Abschluss einer Kalenderwoche zu übermitteln. Für die operative Ausgestaltung der Meldung sind regionale Absprachen zu treffen.
- (2) Bei der erstmaligen Übermittlung sind die Herleitung und die Höhe des Referenzwertes nach § 2 entsprechend der **Anlage 1** darzulegen und die Richtigkeit durch die Einrichtung zu erklären. Die Vertragsparteien empfehlen den Landesbehörden oder den von diesen benannten Krankenkassen, in Fällen, in denen nach plausibler Darlegung der Einrichtung die jahresdurchschnittlichen Behandlungstage im Jahr 2019 aufgrund von einrichtungsspezifischen Besonderheiten nicht als Referenzwert geeignet sind, unter Einbeziehung der Vertragsparteien nach § 111 Abs. 2 SGB V den Referenzwert entsprechend anzupassen. Satz 2 gilt auch in Bezug auf die Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung nach § 4.
- (3) Die Berechnung des durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung nach § 4 ist entsprechend der Systematik der **Anlage 2** vorzunehmen.
- (4) Die Anzahl der patientenbezogenen Belegungstage nach § 3 sowie die tagesbezogenen Ausgleichsbeträge nach § 5 sind für alle Kalendertage der abgelaufenen Kalenderwoche zu übermitteln. Die Ermittlung der tagesbezogenen Ausgleichsbeträge ist mit Angabe des Datums entsprechend der **Anlage 3** darzulegen.
- (5) Die Landesbehörde kann 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. Eine Überprüfung nach Satz 1 soll unter Berücksichtigung der Zielsetzung der Sicherung der Liquidität nachgelagert erfolgen.

§ 7 Nachberechnung der Ausgleichsansprüche

- (1) Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen können mit der letzten Meldung gemäß § 6 Abs. 4 dieser Vereinbarung geltend machen, dass die Berechnung der Ausgleichsansprüche unter Berücksichtigung zwischenzeitlich zwischen den Vertragsparteien nach § 111 Abs. 5 SGB V vereinbarter und tatsächlich entstandener Vergütungssatzerhöhungen vorgenommen wird. Ein Anspruch nach Satz 1 besteht nur, wenn eine Erhöhung des Vergütungssatzes mindestens einer der fünf belegungsstärksten Krankenkassen (Berechnungszeitraum 01.01.2020 bis 31.03.2020) erfolgt. Dabei wird der durchschnittliche Vergütungssatz nach § 4 um den nach den Belegungsanteilen der von der Vergütungserhöhung betroffenen Krankenkasse/n im Zeitraum nach Satz 2 im Verhältnis zur Gesamtbelegung mit Rehabilitanden der Krankenkassen gewichteten Faktor der Vergütungserhöhung in der Zeit zwischen dem 01.04.2020 und 30.09.2020 angepasst. Die Anpassung erfolgt ab dem Tag der Geltung der neu vereinbarten Vergütungssätze. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung ermittelt auf Basis dieses neuen durchschnittlichen Vergütungssatzes nachträglich die Höhe der neuen Ausgleichsansprüche, indem sie die mit der Anlage 3 gemeldeten fehlenden Belegungstage ab dem Geltungstag der neuen Vergütungsvereinbarung mit dem jeweils neuen durchschnittlichen Vergütungssatz multipliziert. Von der Summe dieser Ausgleichsansprüche werden die bereits für den Berechnungszeitraum geleisteten Ausgleichszahlungen abgezogen.
- (2) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nutzen für die Berechnung nach Abs. 1 die **Anlage 4** dieser Vereinbarung.
- (3) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen weisen als Berechnungsgrundlagen für die Berechnung gemäß Abs. 1 insbesondere
 - die in Bezug genommenen Vergütungssatzerhöhungen,
 - die fünf belegungsstärksten Krankenkassen im Zeitraum 01.01.2020 bis 31.03.2020,
 - die Belegungsanteile der von der Vergütungserhöhung betroffenen Krankenkasse/n im Zeitraum 01.01.2020 bis 31.03.2020 im Verhältnis zur Gesamtbelegung mit Rehabilitanden der Krankenkassen sowie weitere sich ggf. aus dem Berechnungsformular nach Abs. 2 ergebende Berechnungsparameter gegenüber der Landesbehörde oder der beauftragten Krankenkasse nach.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt.

§ 9
Inkrafttreten und Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 11.05.2020 in Kraft. Sie ersetzt ab diesem Zeitpunkt die Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation vom 09.04.2020. Die Vereinbarung kann mit einer Kündigungsfrist von 14 Tagen zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Die Vereinbarung gilt bis zu einer Neuvereinbarung fort.