

*§ 111d SGB V – Ausgleichszahlungen  
an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen*

Nach Artikel 3 Nr. 3 wird folgende Nr. 3a eingefügt

„3a. Nach § 111c wird folgender § 111d eingefügt:

*§111d SGB V*

*Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgrund von  
Einnahmeausfällen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2,  
Verordnungsermächtigung*

(1) Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 erhalten für die Ausfälle der 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.

(2) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1, indem sie täglich, erstmals für den 23. März 2020, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen sowie die Zahl der nach § 22 Krankenhausfinanzierungsgesetz behandelten oder nach § 149 des Elften Buches oder § 39c zur Kurzzeitpflege aufgenommenen Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der tagesbezogenen Pauschale nach Absatz 3 zu multiplizieren. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen melden den sich für sie jeweils aus der Berechnung nach Satz 2 ergebenden Betrag differenziert nach Kalendertagen wöchentlich an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder an eine von dieser Landesbehörde benannte Krankenkasse, die alle von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Land gemeldeten Beträge summiert. Die Ermittlung nach Satz 1 ist letztmalig für den 30. September 2020 durchzuführen.

(3) Die tagesbezogene Pauschale beträgt 60 Prozent des mit Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung nach § 111 Absatz 5.

(4) Die Länder oder die benannten Krankenkassen übermitteln die für ihre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufsummierten Beträge nach Absatz 2 Satz 3 jeweils unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der nach Satz 1 angemeldeten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Um eine schnellstmögliche Zahlung zu gewährleisten, kann das Land oder die benannte Krankenkasse beim Bundesamt für Soziale Sicherung ab dem [Einsetzen: Datum des

ersten Tages nach Verkündung] Abschlagszahlungen beantragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der aufsummierten Beträge sowie der Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einschließlich der Abschlagszahlungen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des vierzehnten Tages nach dem Tag der Verkündung] 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 Absatz 2 sowie der Ermittlung des mit Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes nach Absatz 3.

(6) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erstatten dem Land oder der benannten Krankenkasse die nach dieser Vorschrift erhaltenen Ausgleichszahlungen, soweit sie vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen beanspruchen können. Das Land oder die benannte Krankenkasse leiten die Zahlungen an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter.

(7) Nach Abschluss der Zahlungen nach Absatz 4 Satz 2 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung übermitteln die Länder oder die benannten Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum Ende des darauffolgenden Kalendermonats eine einrichtungsbezogene Aufstellung der ausgezahlten und zurückerstatteten Finanzmittel.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die in Absatz 2 Satz 3 genannte Frist jeweils um bis zu sechs Monate verlängern.“

## **Begründung:**

### **Zu Absatz 1:**

Die negativen finanziellen Folgewirkungen der Corona-Pandemie auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sollen abgemildert werden, um den Bestand dieser Einrichtungen zu sichern. Da Krankenhäuser seit dem 16. März 2020 planbare Operationen aussetzen oder verschieben, kommt es – mit zeitlichem Versatz – in der Folge auch zu einem erheblichen Rückgang der Patientenzahlen in Rehabilitationseinrichtungen, den diese durch die Übernahme von Krankenhausbehandlungen nach § 22 Krankenhausfinanzierungsgesetz und Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 149 SGB XI voraussichtlich nicht vollständig werden kompensieren können. Die Einrichtungen erhalten deshalb für einen befristeten Zeitraum einen – anteiligen – finanziellen Ausgleich für nicht belegte Betten aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 SGB V.

### **Zu Absatz 2:**

Die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 wird in einem zweistufigen Verfahren ermittelt. Zunächst subtrahieren die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die Zeit ab dem 23. März 2020 tagesbezogen die Zahl ihrer Krankenkassenpatienten von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen (Referenzwert). Ist der so ermittelte Wert größer als Null, wird dieser im zweiten Schritt mit der nach Absatz 3 ermittelten Pauschale multipliziert. Das Ergebnis ist von der Einrichtung wöchentlich aufgeschlüsselt nach Kalendertagen an die für die Krankenhausplanung zuständige oberste Landesbehörde zu melden, wobei die Ermittlung letztmalig für den 30. September 2020 durchzuführen ist. Die Landesbehörde führt die Meldungen aller Einrichtungen im Land zusammen. Die Landesbehörde kann die mit dieser

Vorschrift verbundenen Aufgaben an eine im jeweiligen Land ansässige Krankenkasse delegieren.

Die Gegenüberstellung der durchschnittlichen Patientenzahlen des Jahres 2019 mit den aktuellen Patientenzahlen ist ein Indikator dafür, in welchem Umfang bei den betroffenen Einrichtungen Erlösausfälle entstanden sind. Das Ergebnis ist daher Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Ausgleichszahlung. Werden Betten in der Einrichtung anderweitig belegt, etwa weil die Einrichtung Leistungen der Krankenhausbehandlung nach § 22 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der Kurzzeitpflege nach § 149 SGB XI erbringt, entstehen keine kompensationsfähigen Erlösausfälle. Ergibt die Gegenüberstellung, dass im Vergleich zum Zeitraum 2019 mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden, ist die Zahlung von Ausgleichsleistungen dementsprechend nicht gerechtfertigt.

Zu Absatz 3:

Zur Ermittlung der tagesbezogenen Pauschale für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird ein Durchschnittsbetrag der mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten tageweisen Vergütungen gebildet. Die tagesbezogene Pauschale beträgt 60 Prozent dieses Durchschnittswertes. Dabei wird davon ausgegangen, dass durch Kurzarbeitergeldzahlungen die Fixkosten der betroffenen sozialen Dienstleister bereits erheblich niedriger als vor der Corona-Krise sind. Auch variable Kosten, wie sie z. B. durch den Einkauf von Materialien anfallen, entfallen bei wegbleibenden Patienten.

Zu Absatz 4:

Um eine zeitnahe Auszahlung an die Krankenhäuser zu gewährleisten, bestimmt Absatz 4, dass die Länder oder die von diesen benannten Krankenkassen die nach Absatz 2 aufsummierten Beträge der Einrichtungen unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung übermitteln. Dieses überweist auf dieser Grundlage aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds die jeweiligen Beträge an das Land bzw. die benannte Krankenkasse. Von dort wiederum wird der von der jeweiligen Einrichtung gemeldete Bedarf an diese weitergeleitet. Zur Gewährung eines zeitnahen Mittelflusses können vom Land oder der benannten Krankenkasse gegebenenfalls Abschlagszahlungen beim Bundesamt für Soziale Sicherung beantragt werden. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erhält die Befugnis, das Nähere zum Verfahren nach diesem Absatz zu regeln.

Zu Absatz 5:

Ergänzende Aufgabe der Selbstverwaltungspartner ist es, das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten nach Absatz 2 Satz 1 durch die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren hierbei etwa standardisierte Meldungen der Zahl der stationär behandelten Patienten.

Zu Absatz 6:

Die Regelung soll eine Überkompensation der Zahlungsempfänger vermeiden. Deshalb wird der tatsächliche Zufluss von vorrangigen Mitteln geprüft. Hat eine Einrichtung danach für das nicht durch GKV-Patienten belegte Bett durch anderweitigen Einsatz eine Vergütung oder von anderer Stelle eine Ausgleichs- oder Entschädigungsleistung erhalten, ist die Ausgleichsleistung nach dieser Vorschrift zurückzuerstatten. Sie ist dann nicht erforderlich, um den Bestand der Einrichtung zu sichern.

#### Zu Absatz 7

Die Regelung dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Verteilung der an die einzelnen Einrichtungen gezahlten Mittel herzustellen. Dies ist erforderlich, um die Zielgenauigkeit der Regelungen einschätzen und Rückschlüsse auf die Ausgestaltung vergleichbarer Regelungen in Zukunft ziehen zu können. Aus diesem Grund hat jedes Land eine einrichtungsbezogene Aufstellung seiner durch das Bundesamt für Soziale Sicherung ausgereichten und der zurückerstatteten Finanzmittel dem Bundesministerium für Gesundheit nach Abschluss des Verfahrens vorzulegen, damit dieses einen Überblick über die an die Einrichtungen geleisteten Unterstützungsmaßnahmen erhält. Eine zeitnahe Übermittlung wird durch die gesetzte Frist von etwa einem Kalendermonat gewährleistet.

#### Zu Absatz 8

Die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie nimmt aktuell eine dynamische Entwicklung, in deren Verlauf möglicherweise mit mehreren Erkrankungswellen mit einer Vielzahl von notwendigen stationären Behandlungen zu rechnen ist. Das Ansteckungsgeschehen und der Höhepunkt dieser Pandemie sind bislang nicht valide abschätzbar, sodass die Dauer der Erforderlichkeit der getroffenen Maßnahmen aktuell nicht abschließend bestimmt werden kann. Daher sollen die Ausgleichszahlungen zunächst nur bis zum 30. September 2020 geleistet werden. Zu diesem Zeitpunkt dürfte der Kenntnisstand über den Verlauf der Ansteckungswelle deutlich höher sein als derzeit.

Da aber nicht sicher vorhergesagt werden kann, ob zu diesem Zeitpunkt die aufgeschobenen oder ausgesetzten Operationen und Eingriffe in Krankenhäusern schon wieder durchgeführt werden können und sich dementsprechend auch die Zahl der durchgeführten Anschluss-Rehabilitationen wieder erhöht, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Geltungsdauer der Regelung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats einmalig um bis zu weitere sechs Monaten verlängern.