



Bayerisches Ministerialblatt

BayMBl. 2021 Nr. 155

2. März 2021

Richtlinie zur Erstattung der Kosten gegenüber Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Verträgen mit der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Sonderfonds Corona-Pandemie (SARS-CoV-2-Kostenerstattungsrichtlinie: Reha-Vorhaltepauschalen)

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

vom 25. Februar 2021, Az. G21c-K9000-2021/2-15

1. Zweck der Erstattung

Mit Allgemeinverfügung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern vom 2. November 2020 (Az. G24-K9000-2020/134-91, BayMBl. Nr. 618), vom 23. November 2020 (G24-K9000-2020/134-139, BayMBl. Nr. 663), vom 9. Dezember 2020 (D4-2257-3-43 und G24-K9000-2020/134-178, BayMBl. Nr. 733), vom 23. Dezember 2020 (D4-2257-3-43 und G24-K9000-2020/134-178, BayMBl. Nr. 811) sowie vom 28. Januar 2021 (Az. D4-2257-3-43 und G24-K9000-2020/134-208, BayMBl. Nr. 78) bzw. in deren jeweils geltender Fassung (im Folgenden: Allgemeinverfügung) können durch Anordnung der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung geeignete Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mit den gesetzlichen Krankenkassen verstärkt in das akutstationäre Versorgungsgeschehen einbezogen werden. Diese Anordnungen können sich zur Entlastung der Krankenhäuser entweder auf die Zuweisung und Übernahme von akutstationär behandlungsbedürftigen Patienten, gegebenenfalls verbunden mit weiteren Vorkehrungen der Einrichtung, oder auf die Überlassung von qualifiziertem Personal an Akutkrankenhäuser richten. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung kann dabei auch das reguläre Versorgungsgeschehen an diesen Einrichtungen im Hinblick auf erforderliche akutstationäre Behandlungen aussetzen. Mit diesen Anordnungen sind Kosten bei den Einrichtungen verbunden, denen weder durch die Ausgleichszahlungen für coronabedingte Leerstände noch durch die Vergütung für die Behandlung von COVID-19-Patienten ausreichend Rechnung getragen wird. Diese Richtlinie regelt die Erstattung der hierfür entstandenen Kosten unter Berücksichtigung der Vorgaben des Beschlusses der Staatsregierung vom 22. Dezember 2020.

2. Verhältnis zu den Richtlinien für Zuwendungen des Freistaates Bayern zum Ausgleich von Einsatzkosten aus dem Katastrophenschutzfonds

Die Kostenerstattung für die in Nr. 1 genannten Maßnahmen erfolgt ausschließlich nach dieser Richtlinie und aus dem vorrangigen Sonderfonds Corona-Pandemie. Daneben oder darüber hinausgehend ist eine Erstattung von Einsatzkosten aus dem Katastrophenschutzfonds nicht möglich.

3. Erstattungsgrundlagen

Erstattungen nach dieser Richtlinie werden Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie für den Zeitraum vom 22. Dezember 2020 bis zum 31. März 2021 gewährt, wenn und solange der zuständige Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung diesen gegenüber eine der in Nr. 1 genannten Maßnahmen anordnet

und diese den Anordnungen ordnungsgemäß Folge leisten (Leistungszeitraum) und wenn die Einrichtung in dem Zeitraum, in dem die Verpflichtung bestand bzw. besteht, ohne diese Verpflichtung Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation erbracht hätten bzw. erbringen würden.

4. Erstattungsempfänger

Erstattungsempfänger sind Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V. Nicht umfasst sind Eigeneinrichtungen der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung sowie Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V.

5. Art und Umfang der Erstattung

- 5.1 Die Begünstigten erhalten für jede nicht behandelte Patientin und jeden nicht behandelten Patienten eine pauschale Kostenerstattung in Höhe von 75 Euro pro Tag. Die Obergrenze nach Nr. 5.3 ist zu beachten.
- 5.2 Berechnungsgrundlage ist die Differenz zwischen der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen (Referenzwert) und der Zahl der am jeweiligen Tag im Leistungszeitraum stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen, 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 Zahl der nach Nr. 3.4.3.3 Allgemeinverfügung 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 (Behandlungstage). Der sich so ergebende Betrag ist differenziert nach Kalendertagen mit den zur Verfügung gestellten Antragsformularen und Tabellen zu melden.
- 5.2.1 Der Referenzwert entspricht den durchschnittlichen Behandlungstagen im Jahr 2019. Dabei sind bei vollstationären Behandlungen der Aufnahmetag und jeder weitere Behandlungstag mit Ausnahme des Entlassungstages zu berücksichtigen. Bei Entlassung am Aufnahmetag ist der Aufnahmetag als Behandlungstag zu zählen. Bei teilstationärer Behandlung sind der Aufnahmetag und jeder weitere Behandlungstag zu berücksichtigen. Die Gesamtzahl der Behandlungstage im Jahr 2019 ist durch 365 zu dividieren. Das Ergebnis ist kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden und bildet die Basis für die weiteren Berechnungen.
- 5.2.2 Die Zahl der im Leistungszeitraum täglich voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten wird auf der Grundlage der Behandlungstage ermittelt. Hierzu sind die Patientinnen und Patienten zu zählen, die sich am jeweiligen Tag in voll- und teilstationärer Behandlung befinden. Die Entlassungstage sind bei vollstationärer Behandlung – wie unter Nr. 5.2.1 – nicht zu berücksichtigen.
- 5.3 Das Produkt der Berechnungsgrundlage nach Nr. 5.2 mit der Pauschale nach Nr. 5.1 sowie dem nach § 111d Abs. 3 SGB V zu berechnenden Betrag darf zusammen 90 % des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung nach § 111 Abs. 5 SGB V (Regelentgelt) nicht überschreiten. In diesem Fall ist das Produkt der Berechnungsgrundlage nach Nr. 5.2 mit der Pauschale nach Nr. 5.1 um den Betrag zu kürzen, mit welchem ein Gesamtbetrag von 90 % des Regelentgelts der betreffenden Einrichtung überschritten wird. Dies gilt auch, soweit hinsichtlich desselben Tatbestandes eine vorrangige Vergütung oder Ausgleichszahlung infolge der Anordnung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination oder nach einem anderen (Hilfs-)Programm im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie in Anspruch genommen werden kann.

6. EU-Beihilferecht

Die Zahlung nach dieser Richtlinie ist eine Beihilfe nach dem Beschluss 2012/21/EU der Kommission vom 20. Dezember 2011 über die Anwendung von Art. 106 Abs. 2 AEUV auf staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen zugunsten bestimmter Unternehmen, die mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut

sind (ABl. L 7 vom 11. Januar 2012, Seite 3 – sog. DAWI-Freistellungsbeschluss). Die Kostenerstattungsempfänger wurden jeweils durch die in Nr. 1 dieser Richtlinie genannte Allgemeinverfügung betraut. Die für den Vollzug zuständige Behörde hat zur Freistellung der Zahlung von der Anmeldepflicht bei der Europäischen Kommission den DAWI-Freistellungsbeschluss anzuwenden.

7. Subvention

Die Erstattung stellt eine Subvention gemäß § 264 des Strafgesetzbuchs dar. Die für die Gewährung maßgeblichen Tatsachen sind subventionserheblich im Sinne des Subventionsgesetzes in Verbindung mit Art. 1 des Bayerischen Strafrechtsausführungsgesetzes. Mit dem Antrag ist eine entsprechende Erklärung abzugeben.

8. Verfahren und Antragstellung

8.1 Anträge sind von den Erstattungsempfängern beim Landesamt für Pflege (im Folgenden: Landesamt) auf Grundlage eines bereitgestellten Formblatts einzureichen.

8.2 Dem Antrag ist insbesondere

- ein geeigneter Nachweis über die Anzahl der Belegungstage und der betriebenen Betten in 2019,
- Angaben zur Berechnung des Referenzwertes und der Behandlungstage,
- ein Nachweis über die Anordnung durch den zuständigen Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination über eine der in Nr. 1 genannten Maßnahmen für den beantragten Zeitraum,
- eine schriftliche Bestätigung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination, dass die verpflichtete Einrichtung den Anordnungen ordnungsgemäß Folge geleistet hat sowie
- eine Erklärung zur Subventionserheblichkeit der Angaben

beizufügen. Das Landesamt kann weitere Unterlagen, wie z. B. die Vorlage von Abrechnungsunterlagen und Bilanzen der Einrichtung verlangen. Der Antrag kann in elektronischer Form gestellt werden. Verfügt eine Begünstigte oder ein Begünstigter über mehrere Standorte, muss für jeden Standort eine separate Antragstellung erfolgen. Der Antrag muss von einer autorisierten Person der oder des Begünstigten gestellt werden, die mit ihrer Unterschrift die Vollständigkeit und Korrektheit der Angaben versichern muss.

8.3 Anträge auf Erstattung sind bis zum 31. Juli 2021 beim Landesamt einzureichen. Über Ausnahmen vom Erfordernis der Einhaltung dieser Frist entscheidet das Landesamt unter Berücksichtigung der Gründe, die zu der Verzögerung geführt haben.

9. Entscheidung über den Antrag

9.1 Das Landesamt entscheidet über die Anträge per Erstattungsbescheid.

9.2 Der Bescheid ist mit der Nebenbestimmung zu verbinden, dass während des Anspruchszeitraums den Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination ordnungsgemäß Folge geleistet wird und im Falle des nachträglichen Erlasses von Kosten des Antragstellers oder der Erstattung durch Dritte das Landesamt unverzüglich zu unterrichten und die Erstattung um diesen Betrag zu kürzen ist.

9.3 Der Bayerische Oberste Rechnungshof ist berechtigt, bei den Empfängern Prüfungen gemäß Art. 91 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 BayHO durchzuführen. Dem Landesamt sind von den Empfängern auf Verlangen erforderliche Auskünfte zu erteilen, Einsicht in Bücher und Unterlagen sowie Prüfungen zu gestatten. Die Prüfrechte nach den Sätzen 1 und 2 sind explizit in den Erstattungsbescheid als Nebenbestimmung aufzunehmen.

10. Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Richtlinie tritt mit Wirkung vom 22. Dezember 2020 in Kraft. Sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2021 außer Kraft.

Dr. Winfried B r e c h m a n n
Ministerialdirektor

Impressum**Herausgeber:**

Bayerische Staatskanzlei, Franz-Josef-Strauß-Ring 1, 80539 München

Postanschrift: Postfach 220011, 80535 München

Telefon: +49 (0)89 2165-0, E-Mail: direkt@bayern.de

Technische Umsetzung:

Bayerische Staatsbibliothek, Ludwigstraße 16, 80539 München

Druck:

Justizvollzugsanstalt Landsberg am Lech, Hindenburgring 12, 86899 Landsberg am Lech

Telefon: +49 (0)8191 126-725, Telefax: +49 (0)8191 126-855, E-Mail: druckerei.betrieb@jva-ll.bayern.de

ISSN 2627-3411**Erscheinungshinweis / Bezugsbedingungen:**

Das Bayerische Ministerialblatt (BayMBl.) erscheint nach Bedarf, regelmäßiger Tag der Veröffentlichung ist Mittwoch. Es wird im Internet auf der Verkündungsplattform Bayern www.verkuendung.bayern.de veröffentlicht. Das dort eingestellte elektronische PDF/A-Dokument ist die amtlich verkündete Fassung. Die Verkündungsplattform Bayern ist für jedermann kostenfrei verfügbar.

Ein Ausdruck der verkündeten Amtsblätter kann bei der Justizvollzugsanstalt Landsberg am Lech gegen Entgelt bestellt werden. Nähere Angaben zu den Bezugsbedingungen können der Verkündungsplattform Bayern entnommen werden.