

**3. Vereinbarung nach
§ 22 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
(KHG)
über die Pauschalbeträge für die Vergütung der
Einrichtungen nach § 22 Absatz 1 KHG
(3. Reha-KHG-COVID-19-Vereinbarung)**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln

gemeinsam

sowie

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Präambel

Mit dem Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung gemäß § 22 Absatz 2 KHG beauftragt, gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (nachfolgend: die Vertragsparteien) bis zum 26.04.2020 die Pauschalbeträge für die Vergütung der von den in § 22 Absatz 1 KHG genannten Einrichtungen erbrachten Behandlungsleistungen sowie das Nähere zum Verfahren der Abrechnung der Vergütung, zu vereinbaren. Diese Vereinbarung umfasst keine Regelungen zum Ausgleich von Einnahmeausfällen stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsrichtungen, die dadurch entstehen, dass Betten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war.

Im Rahmen mehrerer gesetzlicher Regelungen wurde diese Regelung angepasst. Mit der am 09.04.2021 in Kraft getretenen Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 07.04.2021 wurde der Zeitraum der Regelung des § 22 Absatz 1 KHG letztmalig bis zum 31.05.2021 verlängert; die Regelung ist damit zum 31.05.2021 ausgelaufen.

Mit dem nun am 24.11.2021 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und der darin aufgeführten Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 07.04.2021 wird die Regelung des § 22 Absatz 1 KHG erneut für den Zeitraum vom 18. November 2021 bis zum 19. März 2022 in Kraft gesetzt.

Die Vertragsparteien setzten den gemäß § 22 Absatz 2 KHG festgeschriebenen Auftrag in dieser Vereinbarung um.

§ 1 Grundsätze

Von den Ländern nach § 22 Absatz 1 KHG bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gelten für die vollstationäre Behandlung von ab dem 18.11.2021 bis zum 19.03.2022 aufgenommenen Patientinnen und Patienten, frühestens ab dem Zeitpunkt der Bestimmung durch das Land, als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V. Die nach Satz 1 bestimmten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen haben keinen Anspruch auf Versorgungsaufschläge nach § 21a Absatz 1 Satz 1 KHG.

§ 2 Meldepflichten

¹Die von den Ländern gemäß § 1 bestimmten Einrichtungen übermitteln dem federführenden Landesverband der Krankenkassen oder der federführenden Ersatzkasse zur Weiterleitung an die weiteren Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an den Verband der Privaten Krankenversicherung vollständig und unverzüglich nach Bestimmung die in **Anlage 1** dargestellten Basisinformationen. ²Darüber hinaus wird auch die vom Bundesland ausgestellte Bestimmung bzw. der entsprechende Bescheid übermittelt, sofern im Bundesland keine Allgemeinverfügung gilt. ³Die DKG und der GKV-Spitzenverband veröffentlichen eine Liste der federführenden Landesverbände der Krankenkassen oder der federführenden Ersatzkassen auf ihren Internetseiten.

§ 3 Vergütungsregelungen und Abrechnungsvorgaben

- (1) ¹Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die einer akutstationären Krankenhausversorgung bedürfen, rechnet die Einrichtung nach § 22 Absatz 1 KHG einen tagesbezogenen Pauschalbetrag ab. ²Die jeweilige Höhe des je Berechnungstag abzurechnenden tagesbezogenen Pauschalbetrages ist in **Anlage 2** festgelegt. ³Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage nach Absatz 2 addiert und mit dem tagesbezogenen Pauschalbetrag multipliziert.
- (2) ¹Maßgeblich für die Abrechnung ist die Zahl der Berechnungstage. ²Berechnungstage sind der Aufnahme- und jeder weitere Tag des Aufenthaltes in der Einrichtung nach § 22 Absatz 1 KHG exklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages. ³Wird eine Patientin oder ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahme- und zählt als ein Berechnungstag. ⁴Der Verlegungs- oder Entlassungstag gilt im Rahmen der Vereinbarung nach § 111d Absatz 5 SGB V als Belegungstag.
- (3) ¹Bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pauschalbeträgen nach Absatz 1 zählt jede Aufnahme als ein Fall. ²Eine Zusammenfassung von Falldaten bei mehreren Aufenthalten ist nicht vorzunehmen.
- (4) ¹Für Verlegungsfahrten zwischen einem Krankenhaus und einer Einrichtung nach § 22 Absatz 1 KHG gilt § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Halbsatz 2 SGB V. ²Insoweit gelten Verlegungen, die erforderlich sind, um vor dem Hintergrund der Coronavirus-Pandemie freie Behandlungskapazitäten in Krankenhäusern zu schaffen, als aus zwingenden medizinischen Gründen notwendige Verlegungen. ³Die Verordnungen sind entsprechend zu kennzeichnen.
- (5) Unterliegt eine Einrichtung nach § 22 Absatz 1 KHG auch dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes, sind diese unterschiedlichen Geltungsbereiche im Falle von internen Verlegungen wie eigenständige Krankenhäuser zu behandeln.

§ 4 Zusatzentgelte/Weiteres

- (1) ¹Zusätzlich zu den Pauschalbeträgen können bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach **Anlage 7 a** und **b** abgerechnet werden. ²Für die in **Anlage 7 b** benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen dokumentieren die Einrichtungen nach § 22 Absatz 1 KHG die hierfür entstandenen Kosten und rechnen diese gegenüber den zuständigen Kostenträgern ab. ³Die hierfür entstandenen Kosten sind mit einer Kopie der Originalrechnungen nachzuweisen.
- (2) Für bis zum 31.12.2021 aufgenommene Patienten können zusätzlich zu den tagesbezogenen Pauschalbeträgen die coronabedingten Mehrkosten gemäß der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nr. 9 KHEntgG über vorläufige Zahlungen für die Zuschläge nach § 5 Absatz 3i KHEntgG sowie nach § 9 Absatz 1 Nummer 3 BPfIV (3. Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung) vom 22.06.2021 abgerechnet werden.

§ 5 Rechnungslegung

- (1) ¹Dem zuständigen Kostenträger ist spätestens am 3. Werktag nach Aufnahme eine Aufnahmeanzeige (**Anlage 3**) zu übersenden. ²Wird eine Patientin oder ein Patient entlassen oder verlegt, ist dem zuständigen Kostenträger spätestens am 3. Werktag nach Entlassung eine Entlassungsanzeige (**Anlage 4**) zu übersenden.
- (2) ¹Erfolgt die akutstationäre Krankenhausversorgung länger als 8 Berechnungstage, ist hierfür eine medizinische Begründung erforderlich (**Anlage 5**). ²Abweichend hiervon ist eine medizinische Begründung bei einer psychiatrischen Versorgung von mehr als 16 Berechnungstagen erforderlich. ³Die Vergütung erfolgt in diesen Fällen weiterhin nach § 3 Absatz 1.
- (3) ¹In der Entlassungsanzeige (**Anlage 4**) sind die Hauptdiagnose sowie die maßgeblichen Nebendiagnosen der Patientin oder des Patienten zu dokumentieren. ²Hierfür wird die endstellige Kodierung nach ICD-10-GM in aktueller Fassung verwendet. ³Für die Bestimmung der Hauptdiagnose werden von der DKG und dem GKV-Spitzenverband ergänzende Hinweise bereitgestellt.
- (4) ¹Die Rechnungsstellung erfolgt gegenüber dem zuständigen Kostenträger in Textform. ²Hierbei sind die Vorgaben der **Anlage 6** einzuhalten. ³Dies gilt bei der Behandlung von selbstzahlenden Patientinnen und Patienten unter der Voraussetzung, dass diese in eine direkte Abrechnung und Datenübermittlung zwischen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung und dem zuständigen Kostenträger eingewilligt haben. ⁴Der Kostenträger prüft die sachliche und rechnerische Korrektheit der Rechnung. ⁵Eine Prüfung der Zuordnung zur Hauptdiagnose durch den Medizinischen Dienst ist nicht zulässig.
- (5) ¹Die Rechnung wird von dem zuständigen Kostenträger spätestens nach 10 Tagen vollständig beglichen, gerechnet vom Tag des Eingangs der in den Absätzen 1 bis 4 sowie der in § 4 Absatz 1 Satz 3 benannten Unterlagen bei dem zuständigen Kostenträger. ²Es gelten die Regelungen des § 415 Satz 2 und 3 SGB V.
- (6) Für Aufnahmen vom 18.11.2021 bis zum 31.12.2021 sind die in den Absätzen 1 bis 4 sowie die in § 4 Absatz 1 Satz 3 benannten Unterlagen spätestens mit Rechnungsstellung nachzureichen.

§ 6 Kostenträgerwechsel

Tritt während der Behandlung in Einrichtungen nach § 22 Absatz 1 KHG ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Behandlungsfall mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist.

§ 7 Inkrafttreten und Kündigung

¹Die Vereinbarung tritt am 06.12.2021 in Kraft und gilt für Aufnahmen ab dem 18.11.2021. ²Die Vereinbarung kann zum Ende eines Kalendermonates gekündigt werden. ³Die Vereinbarung gilt bis zu einer Neuvereinbarung oder Auslaufen der gesetzlichen Grundlage fort.

§ 8 **Salvatorische Klausel**

¹Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. ²Die Vereinbarungsparteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt.

Anlagen:

1. Mitteilung der vom Land bestimmten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zur Durchführung von Krankenhausleistungen
2. Tagesbezogene Pauschalbeträge
3. Aufnahmeanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG
4. Entlassungsanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG
5. Verlängerungsanzeige mit medizinischer Begründung nach § 22 Absatz 2 KHG
6. Rechnungssatz nach § 22 Absatz 2 KHG
7. Aufstellung der abrechenbaren Zusatzentgelte

Berlin, Köln, 06.12.2021

GKV-Spitzenverband

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

Anlage 1:

Mitteilung der vom Land bestimmten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zur Durchführung von Krankenhausleistungen

Einrichtung (Name, Anschrift):	
Ansprechpartner: (Name, E-Mail-Adresse, Telefonnummer)	
IK:	

Voraussichtliches Leistungsspektrum nach Hauptdiagnosegruppen differenziert
(Bitte zutreffendes ankreuzen „x“)

Leistungsspektrum	(x)
Internistische Leistungen:	
Orthopädische / chirurgische / urologische Leistungen:	
Psychiatrische Leistungen:	
Intensivmedizinische Leistungen:	
Andere Leistungsbereiche sofern angekreuzt, bitte nachfolgend angeben:	

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Anlage 2: **Tagesbezogene Pauschalbeträge**

Pauschalbetrag 1: Somatik - Regelbehandlung

Sofern ein Patient mit einer anderen als unter Pauschalbetrag 3 aufgelisteten Hauptdiagnosegruppe in einer Einrichtung nach § 22 Abs. 1 KHG behandelt wird, ist ein Pauschalbetrag in Höhe von **410,- Euro** pro Berechnungstag abrechenbar.

Entgeltschlüssel: **85004998**

Pauschalbetrag 2: Intensivbehandlung mit Beatmung

Sofern ein Patient in einer Einrichtung nach § 22 Abs. 1 KHG intensivmedizinisch versorgt wird (Beatmung), ist ein Pauschalbetrag in Höhe von **900,- Euro** pro Berechnungstag abrechenbar.

Entgeltschlüssel: **85004999**

Pauschalbetrag 3: Psych - Regelbehandlung

Sofern ein Patient mit einer der nachfolgenden Hauptdiagnose zur Behandlung in eine Einrichtung nach § 22 Abs. 1 KHG aufgenommen wird, ist ein Pauschalbetrag in Höhe von **300,- Euro** pro Berechnungstag abrechenbar.

Hauptdiagnosegruppen:

F01, F03, F05, F06, F07, F10, F11, F12, F13, F14, F15, F19, F20, F21, F22, F23, F25, F30, F31, F32, F33, F34, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F50, F51, F60, F61, F63, F70, F71, F72, F84, F90, F91, F92, F93, F94, F98, G20, G30, G31, G47

Entgeltschlüssel: **A8000001**

Nachrichtlich:

§ 4 Absatz 2: Zuschlag je Fall für Mehrkosten aufgrund des Coronavirus gemäß § 2 der 3. Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung vom 22.06.2021:

Entgeltschlüssel: **47100033** in Verbindung mit Pauschalbetrag 1 oder Pauschalbetrag 2

A6200013 in Verbindung mit Pauschalbetrag 3 und

47100034 in Verbindung mit Pauschalbetrag 1 oder Pauschalbetrag 2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 oder

A6200014 in Verbindung mit Pauschalbetrag 3 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

Anlage 3:
Aufnahmeanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG

Absender:

Name der Einrichtung: _____

Institutionskennzeichen: _____

Kostenträger¹: _____

IK des Kostenträgers:² _____

Information zur/zum Versicherten:

Name des Versicherten: _____

Vorname: _____

Krankenversicherten-Nr.: _____

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers unbestimmt

Geburtsdatum: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

Postleitzahl: _____

Wohnort: _____

Internationales Länderkennzeichen: _____

Aufnahmedaten:

Aufnahmetag: _____

Aufnahmegrund: 0101 vollstationär

¹ Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.
² Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.
Aufnahmeanzeige nach § 301 SGB V

Diagnoseangaben: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Aufnahmediagnose
(ICD10, Lokalisation):

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Einweisungsdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterzeichner / Unterschrift

Anlage 4:
Entlassungsanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG

Absender:

Name der Einrichtung: _____

Institutionskennzeichen: _____

Kostenträger¹: _____

IK des Kostenträgers:² _____

Information zur/zum Versicherten:

Name des Versicherten: _____

Vorname: _____

Krankenversicherten-Nr.: _____

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers unbestimmt

Geburtsdatum: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

Postleitzahl: _____

Wohnort: _____

Internationales Länderkennzeichen: _____

¹ Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.

² Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.

Angaben zur Entlassung/Verlegung:

Aufnahmetag: _____

Entlassungs-
/Verlegungstag: _____

Entlassungs-
/Verlegungsdauer:
/Verlegungsuhrzeit: _____

Entlassungs-
/Verlegungsgrund: 019 regulär 039 sonstige Gründe
 069 Verlegung 079 Tod

Hauptdiagnose
(ICD10, Lokalisation): _____

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation): _____

Nebendiagnosen: (Die Angaben können bis zu 10 mal erfolgen)

Nebendiagnose
(ICD10, Lokalisation): _____

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation): _____

Angabe zu Operationen/Prozeduren³: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Operationstag / Tag der
Prozeduranwendung: _____

Operation/Prozedur
(OPS, Lokalisation): _____

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterzeichner / Unterschrift

³ Nur anzugeben sofern Zusatzentgelte der Anlage 7 abgerechnet wurden.
Entlassungsanzeige nach § 301 SGB V

**Anlage 5:
Verlängerungsanzeige mit medizinischer Begründung nach
§ 22 Absatz 2 KHG**

Absender:

Name der Einrichtung: _____

Institutionskennzeichen: _____

Kostenträger¹: _____

IK des Kostenträgers:² _____

Information zur/zum Versicherten:

Name des Versicherten: _____

Vorname: _____

Krankenversicherten-Nr.: _____

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers unbestimmt

Geburtsdatum: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

Postleitzahl: _____

Wohnort: _____

Internationales Länderkennzeichen: _____

Dauer der Verlängerung:

Aufnahmetag: _____

Voraussichtliche Dauer der Behandlung: _____

¹ Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.
² Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.
Verlängerungsanzeige nach § 301 SGB V

Behandlungsdiagnosen: (Die Angaben können bis zu 10 mal erfolgen)

Diagnose
(ICD10, Lokalisation): _____

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation): _____

Medizinische Begründung:

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterzeichner / Unterschrift

Anlage 6:**Rechnungssatz nach § 22 Absatz 2 KHG**

(Zuzahlungen der Versicherten werden nicht durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sondern direkt durch die Krankenkasse eingezogen.)

Absender:

Name der Einrichtung: _____

Institutionskennzeichen: _____

Kostenträger:¹ _____IK des Kostenträgers:² _____**Information zur/zum Versicherten:**

Name des Versicherten: _____

Vorname: _____

Krankenversicherten-Nr.: _____

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers unbestimmt

Geburtsdatum: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

Postleitzahl: _____

Wohnort: _____

Internationales Länderkennzeichen: _____

¹ Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.

² Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.

Rechnungsdaten:

Rechnungsnummer: _____

Rechnungsdatum: _____

Rechnungsart: 02 Schlussrechnung 04 Gutschrift/Storno

Aufnahmetag: _____

Rechnungsbetrag: _____

Ggf. abweichendes IK für
den Zahlungsweg: _____

Rechnungspositionen: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Entgeltart: _____

Entgeltbetrag: _____

Abrechnung von: _____

Abrechnung bis: _____

Entgeltanzahl: _____

Anzahl Tage ohne Be-
rechnung: _____

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterzeichner / Unterschrift