

# Gemeinsame Pressemitteilung

des GKV-Spitzenverbandes

und der folgenden Verbände der Leistungserbringer:

**Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.**

**Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.**

**Bundesverband Geriatrie e. V.**

**Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.**

**Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.**

**Deutscher Caritas Verband e. V.**

**Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) e. V.**

**Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband – e. V.**

**Deutsches Rotes Kreuz – Generalsekretariat – e. V.**

**Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.**

**Fachverband Sucht e. V.**

## Unterstützung für stationäre Reha- und Vorsorgeeinrichtungen: Ausgleichszahlungen für entgangene Einnahmen beschlossen

**Berlin, 09.04.2020: Durch die Coronakrise haben Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Einnahmeausfälle zu verzeichnen. Der GKV-Spitzenverband hat sich daher mit den Verbänden der Leistungserbringenden auf Ausgleichszahlungen für Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V geeinigt. Die Vereinbarung wurde von den 12 beteiligten Organisationen in kürzester Zeit geschlossen. Sie regelt Ausgleichszahlungen für den Zeitraum vom 16. März bis 30. September 2020 und wird mit heutigem Datum in Kraft treten. Das formale Unterschriftenverfahren wurde eingeleitet.**

In vielen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen können Betten aktuell nicht so belegt werden, wie es vor dem Auftreten der COVID-19-Pandemie geplant war. Zum einen entfallen durch die Absage planbarer Operationen die sich sonst anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen, zum anderen müssen je nach Länderentscheidung viele Vorsorge- und Reha-Einrichtungen ihren Betrieb als „Ersatzkrankenhäuser“ aufrechterhalten, um die Krankenhäuser für die Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten zu entlasten. Viele Einrichtungen müssen daher zum Teil hohe Einnahmeausfälle verkraften. Betroffene Einrichtungen können nun einen Ausgleich für die entstehenden finanziellen Verluste erhalten.

### **Ermittlung von Einnahmeausfällen**

Dafür ermitteln die Einrichtungen zunächst als Referenzwert die im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag behandelten Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenkassen. Dann wird täglich, beginnend mit dem 16.03.2020, die Zahl der Patientinnen und Patienten ermittelt, die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierte Vorsorge- oder Reha-Leistungen erhalten oder die in der Einrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege aufgenommen oder als Krankenhauspatientinnen oder -patienten behandelt werden. Letzteres wurde – befristet bis zum 30. September 2020 – durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz ermöglicht. Anschließend wird für jeden Tag die Differenz zwischen Referenzwert und der aktuellen Patientenzahl gebildet. Für jedes nicht besetzte Bett erhält die Einrichtung einen im Gesetz festgelegten Ausgleichsbetrag in Höhe von 60 Prozent des durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung.

### **Länder regeln Auszahlung**

Das Verfahren wird über die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde geregelt, die mit der Durchführung auch eine Krankenkasse beauftragen kann. Die wöchentlichen Meldungen der Einrichtungen werden aufsummiert und an das Bundesamt für soziale Sicherung weitergeleitet, das die angemeldeten Mittelbedarfe aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an das Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die Einrichtungen auszahlt.

### **Wöchentliche Meldung der Ausgleichszahlungen**

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen melden die nach dem oben beschriebenen Prozess ermittelten Ausgleichszahlungen einmal wöchentlich für jeden Kalendertag an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde (bzw. an eine von dieser Landesbehörde benannte Krankenkasse). Diese Meldung wird letztmalig für den 30. September 2020 durchgeführt.

### **Hintergrund Vereinbarung**

Die Vereinbarung geht zurück auf das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 28. März 2020. Danach hat der GKV-Spitzenverband mit den für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und medizinischer Vorsorge maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene zu vereinbaren, wie der Nachweis über die Zahl der täglich stationär behandelten oder aufgenommenen Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Referenzwert zu erbringen ist und welche Meldungen zu erfolgen haben. Zudem war zu vereinbaren, wie der durchschnittliche Vergütungssatz ermittelt wird. Beteiligt waren folgende Leistungserbringerverbände:

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
- Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.
- Bundesverband Geriatrie e. V.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.
- Deutscher Caritas Verband e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) e. V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband –Gesamtverband– e. V.

- Deutsches Rotes Kreuz – Generalsekretariat – e. V.
- Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.
- Fachverband Sucht e. V.

### **Hintergrund Finanzierung**

Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen werden von unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern finanziert: Die GKV ist der zuständige Reha-Leistungsträger, wenn die Reha-Leistung erforderlich ist, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Dagegen ist die gesetzliche Rentenversicherung insbesondere zuständig, wenn die Reha-Leistung erforderlich ist, um einer Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten entgegenzuwirken, die bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt haben. Dabei gilt das Prinzip der Nachrangigkeit für die GKV: Die Krankenkassen sind also nur dann zuständig, wenn andere Sozialversicherungsträger diese Leistung nicht erbringen.

Zur wirtschaftlichen Absicherung der Einrichtungen in Bezug auf den Belegungsanteil anderer Reha-Träger wurden mit dem Sozialschutzpaket vom 27.03.2020 im Rahmen des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes vergleichbare Regelungen getroffen.

### **Pressekontakt:**

BDPK Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., Antonia von Randow, Pressesprecherin,  
Tel.: 030 2400899-0, E-Mail: [presse@bdpk.de](mailto:presse@bdpk.de)

DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V., Christof Lawall, Geschäftsführer, Tel.: 030 284496-6, E-Mail: [ch.lawall@degemed.de](mailto:ch.lawall@degemed.de)

GKV-Spitzenverband, Florian Lanz, Pressesprecher, Tel.: 030 206288-4201,  
E-Mail: [presse@gkv-spitzenverband.de](mailto:presse@gkv-spitzenverband.de)