Formulierungshilfe

für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden

Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen

(COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz)

A. Problem und Ziel

Die Erkrankung COVID-19, verursacht durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2, breitet sich in vielen Ländern weiter aus. Auch in Deutschland steigt die Zahl der positiv auf SARS-CoV-2 getesteten, auch der krankenhausbehandlungsbedürftigen, Personen dynamisch an. Zur Sicherstellung der stationären Versorgung ist deshalb auch eine Erhöhung von Bettenkapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten erforderlich, etwa durch Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Eingriffe oder Operationen oder durch Schaffung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten. Ziel ist es, Erlösausfälle sowie Defizite der Krankenhäuser zu vermeiden und die Liquidität der Krankenhäuser kurzfristig sicherzustellen.

Die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie führt auch zu einer enormen Herausforderung für die vertragsärztliche Versorgung, weil der überwiegende Teil der Verdachts- und Erkrankungsfälle im ambulanten Bereich versorgt werden muss. Ziel ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in dieser Situation außerordentliche Maßnahmen ergreifen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die damit verbundenen erheblichen zusätzlichen Kosten zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erstattet werden. Darüber hinaus können bei vertragsärztlichen Leistungserbringern wirtschaftliche Schäden auftreten, die in Patientenrückgängen in Folge der Pandemie begründet sind. Die vertragsärztlichen Leistungserbringer sollen vor zu hohen Honorarminderungen bei verringerten Inanspruchnahmen vertragsärztlicher Leistungen aufgrund von Patientenrückgängen in Folge der Pandemie geschützt werden.

Zudem bedroht die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Pandemie in besonderem Maße die Gesundheit der Pflegebedürftigen in Deutschland, die aufgrund ihres Alters und ihrer Vorerkrankungen in der Regel ein deutlich erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf der Krankheit haben. Aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie der Medizinischen Dienste sind durch das Virus gefährdet. Persönliche Kontakte der Prüferinnen und Prüfer, der Gutachterinnen und Gutachter sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen mit Pflegebedürftigen sollen daher während der Pandemie soweit wie möglich vermieden werden. Auch für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung stellt die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Pandemie eine große Herausforderung dar. Aufgrund von Erkrankungen, Quarantäne sowie der Schließung von Schulen und Kitas ist nicht auszuschließen, dass Pflegeeinrichtungen mit der Situation konfrontiert werden, die vertraglich vereinbarten Personalstandards und Qualifikationsanforderungen nicht einhalten und Pflegebedürftige nicht ausreichend versorgen zu können. Aus diesem Grund sollen alle verfügbaren Pflege- und Betreuungskräfte der Einrichtungen daran mitarbeiten, die pflegerische Versorgung aufrecht zu erhalten. Während der Pandemie sollen daher keine Personalkapazitäten

für Maßnahmen der externen Qualitätssicherung eingesetzt werden. Zudem stellt die Pandemie Pflegeeinrichtungen durch Mehrausgaben und Einnahmeausfälle vor finanzielle Herausforderungen.

B. Lösung

Die durch Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Eingriffe oder Operationen hervorgerufenen Einnahmeausfälle werden ausgeglichen, indem Krankenhäuser einen Pauschalbetrag erhalten. Die Höhe des Pauschalbetrages richtet sich danach, wie stark die aktuelle Zahl der voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten von der Zahl der im Jahr 2019 durchschnittlich pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten abweicht. Der Pauschalbetrag wird aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert und aus dem Bundeshaushalt refinanziert. Für zusätzlich geschaffene oder vorgehaltene Intensivbetten erhalten Krankenhäuser einen Pauschalbetrag, der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert wird. Die Länder finanzieren kurzfristig jeweils nach eigenen Konzepten weitere erforderliche Investitionskosten. Für Mehrkosten, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, erhalten Krankenhäuser vom 1. April bis zum 30. Juni 2020 einen Zuschlag je Patientin und Patient in Höhe von 50 Euro, der bei Bedarf verlängert und erhöht werden kann. Zum anderen sind weitere Maßnahmen zur Stärkung der Finanzierung der Krankenhäuser vorgesehen, um diese bei der aktuellen Krisenbewältigung zu entlasten. Diese Maßnahmen sehen eine Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts vor, wodurch nicht nur die Liquidität der Krankenhäuser verbessert wird, sondern auch erhebliche Zusatzeinnahmen entstehen. Ferner werden u. a. umfassende Erleichterungen bei der Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst, eine Aussetzung des Fixkostendegressionsabschlags für das Jahr 2020 und eine höhere Flexibilität bei den Erlösausgleichen vorgenommen. Schließlich wird die Liquidität der Krankenhäuser durch eine auf fünf Tage verkürzte Zahlungsfrist in diesem Jahr zusätzlich gestärkt. Außerdem können die Länder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die akutstationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten bestimmen.

Es wird vorgesehen, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen diejenigen zusätzlichen Kosten zu erstatten haben, die zur Finanzierung der Ergreifung außerordentlicher Maßnahmen erforderlich sind, um die vertragsärztliche Versorgung während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes in der gebotenen Weise sicherzustellen. Zum Schutz vor einer zu hohen Umsatzminderung bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen, die in einem Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patienteninanspruchnahme in Folge einer Pandemie begründet ist, werden Ausgleichszahlungen vorgesehen. Darüber hinaus wird mit der Regelung zur Anpassung der Honorarverteilungsmaßstäbe sichergestellt, dass der vertragsärztliche Leistungserbringer trotz der gefährdend rückläufigen Fallzahl aufgrund einer reduzierten Patienteninanspruchnahme Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars und zum Fortbestand seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erhält.

Um das Infektionsrisiko der Pflegebedürftigen und aller in der Pflege tätigen Beschäftigten herabzusetzen und Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte zu entlasten, werden verschiedene Maßnahmen für die Pflege getroffen. Um die vulnerable Personengruppe der Pflegebedürftigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen, werden Pflegegutachten statt einer umfassenden persönlichen Befunderhebung im Wohnbereich aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen (Aktenlage) in Kombination mit strukturierten Interviews erstellt. Zudem werden Wiederholungsbegutachtungen ausgesetzt und die 25-Arbeitstagefrist (Bearbeitungsfrist) der Pflegekassen auf Dringlichkeitsfälle beschränkt. Die Regelung zur Zahlung eines Betrages in Höhe von 70 Euro bei Fristüberschreitung durch die Pflegekasse an die Antragstellerin oder den Antragsteller findet übergangsweise keine Anwendung. Eine notwendige Entlastung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen wird im Bereich der Qualitätssicherung durch das befristete Aussetzen der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI (Regelprüfungen) sowie

durch die Verlängerung der Einführungsphase zur Erhebung der indikatorenbasierten Qualitätsdaten gemäß § 114b SGB XI bis zum 31. Dezember 2020 erreicht. Die Aussetzung der Qualitätsprüfungen soll darüber hinaus dazu beitragen, zusätzliche Infektionsgefahren für die Pflegebedürftigen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeinrichtungen sowie die Prüferinnen und Prüfer zu vermeiden. Um die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren zu schützen und um das vorhandene Pflegekräfteangebot auf die Sicherstellung der Versorgung hin zu konzentrieren, kann der Abruf verpflichtender Beratungseinsätze im häuslichen Bereich unterbleiben, ohne dass sich dies auf den Pflegegeldanspruch auswirkt. Eine Beratung kann aber bei Bedarf weiterhin in Anspruch genommen werden. Mit der Kostenerstattungsregelung in § 150 SGB XI wird Pflegeeinrichtungen die Sicherheit gegeben, durch die Pandemie bedingte finanzielle Mehrausgaben oder Mindereinnahmen über die Pflegeversicherung erstattet zu bekommen. Den Pflegekassen wird zudem ein weiter Gestaltungsspielraum zur Vermeidung von pflegerischen Versorgungslücken in der häuslichen Versorgung eingeräumt. Sie können nach ihrem Ermessen zur Vermeidung von im Einzelfall im häuslichen Bereich verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen, wenn vorrangige Maßnahmen nicht ausreichend sind, Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge gewähren.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund

Aus den vorgesehenen Ausgleichzahlungen für die Freihaltung von Bettenkapazitäten durch die Verschiebung planbarer Operationen, Eingriffe und Aufnahmen ergeben sich bei einer angenommenen Unterschreitung der Patientenzahl von 10 Prozent für 100 Tage Mehrausgaben von rund 2,8 Milliarden Euro. Durch Beihilfezahlungen entfallen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden Belastungen in Höhe von rund 86 Millionen Euro. Landeshaushalte werden darüber hinausgehend durch die Regelungen dieses Gesetzes nicht belastet.

Darüber hinaus ergeben sich für den Bund beim Bundeszuschuss für die Übernahme der Leistungsaufwendungen der Altenteiler im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages.

Gesetzliche Krankenversicherung

Der bundeseinheitliche Bonus in Höhe von 50 000 Euro würde für je 10 000 zusätzlich geschaffene oder zusätzlich vorgehaltene Intensivbetten zu Mehrausgaben in Höhe von 500 Millionen Euro führen. Geht man beispielhaft von einer Verdoppelung der bisherigen Intensivkapazitäten aus, würden Mehrausgaben in Höhe von 1,5 Milliarden Euro entstehen. Diese Mehrausgaben werden aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

Der mit dem Gesetz neu eingeführte, auf zwölf Wochen begrenzte Zuschlag, insbesondere für persönliche Schutzausrüstung, in Höhe von 50 Euro je Fall kann zu Mehrausgaben von rund 240 Millionen Euro führen. Unter der Annahme, dass rund 10 Prozent der Patientinnen und Patienten privat krankenversichert sind, entfallen auf die private Krankenversicherung in diesem Fall rund 24 Millionen Euro. Hiervon wiederum werden 25 Prozent durch Beihilfezahlungen von Bund, Ländern und Gemeinden und damit rund 6 Millionen Euro getragen, so dass die zusätzliche Belastung der gesetzlichen Krankenkassen bei rund 220 Millionen Euro läge.

Durch die Ermöglichung einer Versorgung von Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen könnten Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe für die gesetzlichen Krankenkassen entstehen. Dies gilt auch für den vorgesehenen Wegfall des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) für das Jahr 2020, für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Infektion und ggf. weitere Behandlungsfälle, die von den Vertragsparteien von der Erhebung des FDA zur Vermeidung besonderer Härten ausgenommen werden können. Auch die finanziellen Auswirkungen abweichender Ausgleichssätze für Mehr- und Mindererlöse sind nicht valide quantifizierbar. Die potenziellen Mehrausgaben dieser Maßnahmen sind von der derzeit nicht absehbaren Dynamik der Ansteckungsquoten, der Wirkung der Isolationsmaßnahmen und der hieraus resultierenden Entwicklung stationärer Behandlungsfälle abhängig.

Zur weiteren Förderung der Reaktivierung und Verlagerung von Pflegepersonal in die zur Behandlung der Infektionsfälle erforderlichen Einheiten wird der vorläufige Pflegeentgeltwert um rund 38 Euro auf 185 Euro pro Tag mit Wirkung für die gesetzliche und private Krankenversicherung erhöht. Hierdurch ist ein nachhaltiger Liquiditätseffekt für die Krankenhäuser zu erwarten. Geht man davon aus, dass sich die Vereinbarung der Pflegebudgets auf Grund der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie bis ins nächste Jahr verzögert, ergibt sich bei rund 84 Millionen Pflegetagen aus der Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts ein Finanzvolumen von bis zu 3,2 Milliarden Euro. Unter der Annahme, dass rund 10 Prozent der Patientinnen und Patienten privat krankenversichert sind, entfallen auf die private Krankenversicherung in diesem Fall rund 320 Millionen Euro. Hiervon wiederum werden 25 Prozent durch Beihilfezahlungen von Bund, Ländern und Gemeinden und damit rund 80 Millionen Euro getragen, so dass die zusätzliche Belastung der gesetzlichen Krankenkassen bei rund 2,9 Milliarden Euro läge. Zu berücksichtigen ist, dass nach der krankenhausindividuellen Vereinbarung des Pflegebudgets Unterdeckungen, die sich aus höheren krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten im Vergleich zu den mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert von 185 Euro finanzierten Pflegepersonalkosten ergeben, ausgeglichen werden. Überdeckungen, die aus niedrigeren krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten im Vergleich zu den mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert von 185 Euro finanzierten Pflegepersonalkosten resultieren, verbleiben dem Krankenhaus. Da die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten nicht bekannt sind, kann keine Abschätzung der finanziellen Auswirkungen vorgenommen werden.

Aus der Streichung des Aufschlags auf beanstandete Abrechnungen für die Jahre 2020 und 2021 resultieren jährliche Mindereinnahmen für die gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von rund 370 Millionen Euro. Obwohl den Jahren 2020 und 2021 jeweils unterschiedliche gesetzliche Regelungen zu Prüfquoten und Aufschlägen sowie unterschiedliche Annahmen zugrunde liegen, ist von Mindereinnahmen in gleicher Größenordnung auszugehen.

Mit der Reduzierung der Prüfquote von 12,5 Prozent auf 5 Prozent darf eine Krankenkasse im Jahr 2020 bis zu 5 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen. Die reduzierte Prüfquote wirkt sich auf die Summe der Rückzahlungsbeträge der Krankenhäuser an die gesetzlichen Krankenkassen aus. Die Mehrausgaben lassen sich nicht genau quantifizieren, weil weder der durchschnittliche Rückzahlungsbetrag noch die Beanstandungsquoten bekannt sind, die allerdings im hohen dreistelligen Millionenbereich liegen dürften.

In Folge der Erstattungsregelung für zusätzliche Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, können der gesetzlichen Krankenversicherung Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe entstehen.

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich bei den Kosten der ambulanten Pflegedienste für Schutzausrüstung aus der etwa hälftigen Kostenteilung mit der sozialen Pflegeversicherung Mehrausgaben von rund 12 Millionen Euro. Diese Finanzwirkungen ergeben sich einmalig für sechs Monate in 2020.

Soziale Pflegeversicherung

Es ergeben sich aus dem Wegfall von häuslichen Beratungsbesuchen Minderausgaben in Höhe von bis zu rund 60 Millionen Euro. Die Übernahme von zusätzlichen Ausgaben für Schutzausrüstung führt zu schwer kalkulierbaren Mehrausgaben. Setzt man je Pflegebedürftigen monatliche Zusatzkosten von 10 Euro an, so ergeben sich Mehrausgaben von rund 60 Millionen. Euro. Einnahmeausfälle dürften sich hauptsächlich bei Tagespflegeeinrichtungen ergeben, weil weniger Gäste sie wegen der Infektionsgefahr aufsuchen. Geht man von einer Halbierung der Gästezahl aus, so führt dies zu Mindereinnahmen von rund 250 Millionen. Euro, die von der Pflegeversicherung auszugleichen wären. In welchem Umfang eine anderweitige Beschäftigung des Personals in anderen Pflegeeinrichtungen gelingt, ist nicht abschätzbar, würde aber den notwendigen Ausgleichsbetrag reduzieren. Andere staatliche Leistungen - wie z. B. Kurzarbeitergeld - verringern ebenfalls den notwendigen Ausgleichsbetrag der Pflegeversicherung. Alle Maßnahmen zusammen vermindern den Finanzierungssaldo um rund 250 Millionen Euro. Die Finanzwirkungen ergeben sich einmalig für sechs Monate in 2020.

E. Erfüllungsaufwand

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die Verwaltung und die Wirtschaft zusätzliche Belastungen.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Krankenhäusern entsteht mit der Meldung ihres Ausgleichsanspruchs für die Aussetzung oder Verschiebung planbarer Leistungen sowie des Förderbetrages zur Schaffung zusätzlicher Intensivbetten gegenüber den Ländern geringer Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

Nach § 150 Absatz 1 SGB XI entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand (Sicherstellung der pflegerischen Versorgung). Nach § 150 Absatz 2 SGB XI entsteht ein geringfügiger, nicht näher bezifferbarer Mehraufwand.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung der Länder entsteht Erfüllungsaufwand auf Grund der Sammlung und Prüfung der von den Krankenhäusern angemeldeten Ausgleichszahlungen und Förderbeträge für neu geschaffene Intensivbetten sowie der Abwicklung der Zahlungen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in Höhe von rund 1 Million Euro. Hierbei wurde unterstellt, dass in 16 Ländern 30 Tage lang jeweils zwei Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter mit der administrativen Umsetzung der Hilfen beschäftigt sind.

Zusätzliche Verwaltungskosten des Bundesministeriums für Finanzen und der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Konkretisierung der Umsetzungsmodalitäten der gesetzlichen

Regelungen im Einzelnen liegen in nicht nennenswerter Höhe. Hierbei wie auch bei der abweichenden Vereinbarung von Ausgleichssätzen für Mehr- oder Mindererlöse und der Definition von Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag handelt es sich um Routineaufgaben, die im Rahmen von ohnehin stattfindenden Beratungen oder entsprechender Aufgabenerledigung stattfinden.

Für das BAS entsteht Erfüllungsaufwand für die Abwicklung der Zahlungen zwischen BAS und Ländern und zwischen BAS und BMF und zur Bestimmung der Einzelheiten zum Verfahren in Höhe von rund 25 000 Euro.

Aufgrund der Entscheidungsfindung über die zu ergreifenden Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entsteht den Kassenärztlichen Vereinigungen einmaliger Erfüllungsaufwand. Dieser ist aufgrund der außergewöhnlichen Maßnahmen hinsichtlich Art, Anzahl und Umfang nicht quantifizierbar. Aufgrund der Ausgleichszahlungen nach § 87a Absatz 3b SGB V kann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den gesetzlichen Krankenkassen einmaliger Erfüllungsaufwand entstehen. Da die tatsächliche Anzahl und die tatsächliche Notwendigkeit von Ausgleichszahlungen nicht beurteilt werden kann, ist eine Quantifizierung nicht möglich. Für die Anpassung der Verteilungsmaßstäbe kann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand entstehen, der aufgrund des unklaren Anpassungsbedarfs in den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht näher quantifiziert werden kann.

Die Aussetzung der Wiederholungsbegutachtungen wird zu geringfügigen Einsparungen beim Erfüllungsaufwand der Pflegekassen führen, die nicht quantifizierbar sind. Gleiches gilt für geringe Einsparungen beim Erfüllungsaufwand der Landesverbände der Pflegekassen durch die ausgesetzten Qualitätsprüfungen (Regelprüfungen). Zudem kommt es jedenfalls übergangsweise zu nicht unerheblichen Einsparungen beim Erfüllungsaufwand der Medizinischen Dienste sowohl durch die Begutachtungen nach Aktenlage sowie das Aussetzen der Wiederholungsbegutachtungen als auch die Aussetzung der Qualitätsprüfungen (Regelprüfungen). Die Höhe der Einsparungen ist nicht quantifizierbar. Die Medizinischen Dienste haben ihre Bereitschaft erklärt, vorübergehend freiwerdende Personalkapazitäten insbesondere bei Pflegefachkräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit medizinischer oder pflegerischer Qualifikation ohne Kosten- oder Aufwendungsersatz an Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser oder Gesundheitsämter abzustellen.

Die Fortgewährung des Pflegegeldes auch in den Fällen, in denen ein Beratungseinsatz nicht abgerufen wird, wird zu geringfügen Einsparungen beim Erfüllungsaufwand führen.

Der Erfüllungsaufwand für die Gewährung von Kostenerstattungsleistungen in der häuslichen Versorgung ist nicht quantifizierbar, da nicht abzuschätzen ist, in welchem Umfang Versorgungsengpässe auftreten werden.

Nach § 150 Absatz 1 SGB XI entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand (Sicherstellung der pflegerischen Versorgung). Nach § 150 Absatz 2 SGB XI entsteht ein geringfügiger, nicht näher bezifferbarer Mehraufwand. Bei der Erstellung der Festlegungen nach § 150 Absatz 3 SGB XI entsteht ein einmaliger Umstellungsaufwand für die Verwaltung in Höhe von 7 680 Euro. Mit der Berichtspflicht nach § 150 Absatz 3 Satz 4 SGB XI entsteht ein laufender, geringfügiger Erfüllungsaufwand, da angesichts der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie ein enger Austausch zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgt.

F. Weitere Kosten

Aus der Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts und des auf zwölf Wochen befristeten Zuschlags in Höhe von 50 Euro unter anderem für persönliche Schutzausrüstung resultieren für die private Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe von rund 260 Millionen Euro.

Für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund 7 Prozent Minderausgaben bei den Beratungsbesuchen von rund 4 Millionen Euro, Mehrausgaben für Schutzausrüstung von rund 4 Millionen Euro und bei der Kompensation der Einnahmeausfälle von Tagespflegeeinrichtungen Mehrausgaben von rund 18 Millionen Euro. Alle Maßnahmen zusammen verschlechtern den Finanzierungssaldo um rund 18 Millionen Euro.

Formulierungshilfe
für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden

Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen

(COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 4. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 19 Absatz 4 Satz 3 wird die Angabe „nach“ durch die Angabe „ab“ ersetzt.

2. Der 4. Abschnitt wird wie folgt gefasst:

„4. Abschnitt

Sonderregelungen

§ 21

Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2

(1) Soweit zugelassene Krankenhäuser zur Erhöhung der Bettenkapazitäten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschieben oder aussetzen, erhalten sie 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 Krankenhäuser ermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1, indem sie täglich, erstmals für den 16. März 2020, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der tagesbezogenen Pauschale nach Absatz 3 zu multiplizieren. Die Krankenhäuser 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, die alle von den Krankenhäusern im Land gemeldeten Beträge summiert. Die Ermittlung nach Satz 1 ist letztmalig für den 30. September 2020 durchzuführen. Die Ausgleichszahlungen nach Satz 1 gehen nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein.

(3) Die Höhe der tagesbezogenen Pauschale nach Absatz 2 Satz 2 beträgt 560 Euro.

(4) Die Länder übermitteln die für ihre Krankenhäuser aufsummierten Beträge nach Absatz 2 Satz 3 jeweils unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung; dabei sind die Beträge nach Absatz 5 Satz 1 gesondert auszuweisen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der nach Satz 1 angemeldeten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land zur Weiterleitung an die Krankenhäuser aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Um eine schnellstmögliche Zahlung zu gewährleisten, kann das Land 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) Zugelassene Krankenhäuser, die mit Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit durch Aufstellung von Betten schaffen oder durch Einbeziehung von Betten aus anderen Stationen vorhalten, erhalten für jedes bis zum 30. September 2020 aufgestellte oder vorgehaltene Bett einmalig einen Betrag in Höhe von 50 000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Krankenhäuser führen den sich für sie jeweils nach Satz 1 ergebenden Betrag gesondert als Teil der Meldung nach Absatz 2 Satz 3 auf. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt den Betrag nach Satz 1 als Teil der Zahlung nach Absatz 4 Satz 2.

(6) Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, rechnen zugelassene Krankenhäuser für jeden Patienten und jede Patientin, der oder die zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 50 Euro ab. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber dem Patienten oder der Patientin oder ihren Kostenträgern.

(7) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum … [einsetzen: Datum des vierzehnten Tages nach dem Tag der Verkündung] das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der täglich voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Referenzwert für die Ermittlung und Meldung nach Absatz 2. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren zwei Wochen fest.

(8) Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt dem Bundesministerium der Finanzen jeden Monat, erstmals zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], die Höhe des an die Länder nach Absatz 4 Satz 2 überwiesenen Betrags ohne den auf Absatz 5 Satz 1 entfallenden Anteil mit. Der Bund erstattet den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds innerhalb von einer Woche nach der Mitteilung gemäß Satz 1.

(9) Nach Abschluss der Zahlungen nach Absatz 4 Satz 2 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung übermitteln die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum Ende des darauffolgenden Kalendermonats eine krankenhausbezogene Aufstellung der ausgezahlten Finanzmittel.

§ 22

Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Länder können Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen, vollstationär behandelt werden können, wenn mit diesen Einrichtungen

1. ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,

2. ein Vertrag nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches in Verbindung mit § 38 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch besteht oder wenn sie von der gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben werden, oder

3. ein Vertrag nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch besteht.

(2) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum … [Einsetzen: Datum des dreißigsten Tages nach dem Tag der Verkündung] Pauschalbeträge für die Vergütung der von den in Satz 1 genannten Einrichtungen erbrachten Behandlungsleistungen sowie das Nähere zum Verfahren der Abrechnung der Vergütungen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren vier Wochen fest.

§ 23

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen mit Zustimmung des Bundesrates

1. die in § 21 Absatz 2 Satz 4, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 sowie § 22 Absatz 1 Satz 2 genannte Fristen jeweils um bis zu sechs Monate verlängern,

2. die Höhe des Betrages nach § 21 Absatz 5 Satz 1 und, soweit diese zur Kostendeckung der Krankenhäuser nicht ausreichen, der Pauschale nach § 21 Absatz 3 und des Zuschlags nach § 21 Absatz 6 abweichend regeln.

§ 24

Überprüfung der Auswirkungen

Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft zum 30. Juni 2020 die Auswirkungen der Reglungen in den §§ 21 bis 23 auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser. Es setzt hierfür einen Beirat von Vertreterinnen und Vertretern aus Fachkreisen ein, die insoweit über besondere Erfahrung verfügen.“

Artikel 2

Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

      aa) Nach Nummer 1 Buchstabe e werden die folgenden Buchstaben f und g eingefügt:

         „f) Leistungen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2 - Infektion oder mit Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion,

         g) Leistungen, die von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zur Vermeidung unzumutbarer Härten vereinbart werden,“.

      bb) Folgender Satz wird angefügt:

         „Der Fixkostendegressionsabschlag gilt nicht für die Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2020.“

   b) In Absatz 3 Satz 5 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für Mehr- oder Mindererlöse, die auf Grund einer Epidemie entstehen, können die Vertragsparteien auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums einen von den Sätzen 3 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren“ eingefügt.

2. § 15 Absatz 2a wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „bis zum 30. April 2020 “ und nach dem Wort „Euro“ die Wörter „und ab dem 1. Mai 2020 mit 185 Euro“ eingefügt.

   b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

      „Führt die Erhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts

      1. zu einer Unterdeckung der Pflegepersonalkosten, gilt Absatz 3 entsprechend,

      2. zu einer Überdeckung der Pflegepersonalkosten, verbleiben die Mittel aus dem vorläufigen Pflegeentgeltwert dem Krankenhaus und es sind keine Ausgleichszahlungen für das Jahr 2020 zu leisten; für das Jahr 2020 findet § 6a Absatz 5 keine Anwendung, für die Jahre ab 2021 gilt Absatz 3 entsprechend.“

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16. März 2020 (BGBI. I S. 497) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 87a Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

   „(3b) Mindert sich das Gesamthonorar eines vertragsärztlichen Leistungserbringers um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist diese Honorarminderung in einem Fallzahlrückgang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet, kann die Kassenärztliche Vereinigung eine befristete Ausgleichszahlung an den vertragsärztlichen Leistungserbringer leisten. Die Ausgleichszahlung ist beschränkt auf Leistungen, die gemäß Absatz 3 Satz 5 und 6 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der der vertragsärztliche Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhält. Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Krankenkassen die zur Erstattung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.“

2. Nach § 87b Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

   „(2a) Mindert sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang, hat die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab zeitnah geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers vorzusehen.“

3. § 105 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

   „(3) Die Krankenkassen haben der Kassenärztlichen Vereinigung die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, zu erstatten. Die Erstattung hat nur zu erfolgen, soweit die Maßnahme nicht bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung abgebildet ist oder aus finanziellen Mitteln, die aufgrund von Vereinbarungen und Beschlüssen nach diesem Gesetzbuch von den Krankenkassen gezahlt werden, finanziert wird. Eine Erstattung erfolgt auch dann, wenn die Kosten die Ansätze bei Maßnahmen nach Satz 2 übersteigen.“

4. In § 125 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „1. Juli 2020“ durch die Angabe „1. Oktober 2020“ ersetzt.

5. In § 125a Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „15. November 2020“durch die Angabe „15. März 2021“ersetzt.

6. § 275b wird wie folgt geändert:

   a) Der Überschrift werden die Wörter „und Verordnungsermächtigung“ angefügt.

   b) Die folgenden Absätze 4 und 5 werden angefügt:

„(4) Abweichend von Absatz 1 finden bis einschließlich 30. September 2020 keine Regelprüfungen statt.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit kann nach einer erneuten Risikobeurteilung bei Fortbestehen oder erneutem Risiko für ein Infektionsgeschehen im Zusammenhang mit dem neuartigen Coronarvirus SARS-CoV-2 den Befristungszeitraum nach Absatz 4 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates um jeweils bis zu einem halben Jahr verlängern.“

7. § 275c wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „12,5“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

   b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 1 wird aufgehoben.

      bb) In dem neuen Satz 1 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

8. § 275d wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2022“ und die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „31. Dezember 2021“ ersetzt.

   b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

      bb) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „31. Dezember 2021“ ersetzt.

9. In § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „30. April 2020“ durch die Angabe „28. Februar 2021“ ersetzt.

10. In § 327 Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „30. April 2020“ durch die Angabe „28. Februar 2021“ ersetzt.

11. Folgender § 330 wird angefügt:

„§ 330

Übergangsregelung zur Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen

Die von den Krankenhäusern bis zum 31. Dezember 2020 erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag.“

Artikel 4

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 4. März 2020 (BGBl. I S. 437) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 146 die folgende Angabe eingefügt:

„Dritter Abschnitt

Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie

§ 147 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18

§ 148 Beratungsbesuche nach § 37

§ 149 Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege

§ 150 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

§ 151 Qualitätsprüfungen nach § 114

§ 152 Verordnungsermächtigung“.

2. § 10 wird wie folgt geändert:

   a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

      „Für den Berichtszeitraum bis einschließlich 2019 ist der Bericht erst im Jahr 2021 vorzulegen.“

   b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

      „Die Berichterstattung zum Jahr 2019 erfolgt bis zum 31. Dezember 2020.“

3. In § 113b Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Qualitätsausschusses“ die Wörter „für die Dauer von fünf Jahren“ gestrichen.

4. § 114b wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „30. Juni 2020“ durch die Angabe „31. Dezember 2020“ und die Angabe „1. Juli 2020“ durch die Angabe „1. Januar 2021“ ersetzt.

   b) In Absatz 2 wird die Angabe „30. Juni 2020“ durch die Angabe „31. Dezember 2020“ ersetzt.

5. § 114c wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Juli 2021“ ersetzt.

   b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 in dem Satzteil vor Nummer 1 werden die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ und die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. September 2021“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. September 2021“ ersetzt.

6. Dem Sechzehnten Kapitel wird folgender Abschnitt angefügt:

„Dritter Abschnitt

Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie

§ 147

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18

(1) Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 1 kann die Begutachtung bis einschließlich 30. September 2020 ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen. Grundlage für die Begutachtung bilden bis zu diesem Zeitpunkt insbesondere die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind.

(2) Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 5 werden bis einschließlich 30. September 2020 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst oder anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern empfohlen wurde.

(3) Abweichend von § 18 Absatz 3 Satz 2 ist die Frist, in welcher dem Antragsteller die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen ist, bis einschließlich 30. September 2020 unbeachtlich. Abweichend von Satz 1 ist einem Antragsteller, bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt unverzüglich, spätestens bis einschließlich 9. April 2020, bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(4) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse bis einschließlich 30. September 2020 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 3 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(5) § 18 Absatz 3b Satz 1 bis 3 findet bis einschließlich 30. September 2020 keine Anwendung.

§ 148

Beratungsbesuche nach § 37

Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen darf das Pflegegeld abweichend von § 37 Absatz 6 nicht kürzen oder entziehen, wenn der Pflegebedürftige in dem Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis einschließlich 30. September 2020 keine Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 abruft. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben diese Ausnahmeregelung den Pflegegeldempfängern kurzfristig in geeigneter Form zur Kenntnis zu bringen.

§ 149

Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege

Bis einschließlich 30. September 2020 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, abweichend von § 42 Absatz 4 auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Absatz 5 des Fünften Buches der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

§ 150

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

(1) Im Fall einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend den Pflegekassen gegenüber anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse. In Abstimmung mit den weiteren hierbei zuständigen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, haben die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung die erforderlichen Maßnahmen und Anpassungen vorzunehmen, wobei auch von der vereinbarten Personalausstattung einschließlich deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch abgewichen werden kann. Dabei sind zum flexiblen Einsatz des Personals in anderen Versorgungsbereichen alle bestehenden Instrumente und Mittel einschließlich des Vertragsrechts zu nutzen, bei denen zulassungsrechtliche Voraussetzungen zweckgerichtet und unbürokratisch angewandt werden können. Dies gilt auch für den Einsatz von Beschäftigten für die Leistungen der zusätzlichen Betreuung nach § 43b in anderen Bereichen.

(2) Den zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet. Der Anspruch auf Erstattung kann bei einer Pflegekasse regelmäßig zum Monatsende geltend gemacht werden, die Partei des Versorgungsvertrages ist. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrages hat innerhalb von 14 Kalendertagen über eine Pflegekasse zu erfolgen. Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen. Für zugelassene Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 abgeschlossen haben, findet § 85 Absatz 7 insoweit keine Anwendung. Dabei sind bei Unterschreitungen der vereinbarten Personalausstattung keine Vergütungskürzungsverfahren nach § 115 Absatz 3 Satz 1 durchzuführen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise für seine Mitglieder fest. Dabei sind gemessen an der besonderen Herausforderung von allen Beteiligten pragmatische Lösungen in der Umsetzung vorzusehen. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig über die Ausgabenentwicklung.

(4) Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die Soziale Pflegeversicherung die nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen entsprechend des Verhältnisses der Ausgaben im vorangegangenen Kalenderjahr der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege zu den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen; § 106b Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 2 ergeben. Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die Höhe des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen auf Basis der vierteljährlichen Finanzstatistiken der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen fest. Die entsprechende Zahlung wird binnen vier Wochen fällig. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.

(5) Die Pflegekassen können nach ihrem Ermessen zur Vermeidung von durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 im Einzelfall im häuslichen Bereich verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen, Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge (§ 36) nach vorheriger Antragstellung gewähren, wenn die Maßnahmen nach Absatz 1 Satz 3 nicht ausreichend sind; dabei haben sie vorrangig Leistungserbringer zu berücksichtigen, die von Pflegefachkräften geleitet werden. Entsprechende Kostenerstattungszusagen sind jeweils auf bis zu drei Monate zu begrenzen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten dazu in Empfehlungen fest. Die Pflegekassen können bei Bedarf bereits vor dem Vorliegen der Empfehlungen Kostenerstattungen zusagen. Die Pflegekassen können aus wichtigen Gründen die Kostenerstattungszusage jederzeit widerrufen.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten bis einschließlich 30. September 2020.

§ 151

Qualitätsprüfungen nach § 114

Abweichend von § 114 Absatz 2 Satz 1 und 2 finden bis einschließlich 30. September 2020 keine Regelprüfungen statt.

§ 152

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit kann nach einer erneuten Risikobeurteilung bei Fortbestehen oder erneutem Risiko für ein Infektionsgeschehen im Zusammenhang mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 den Befristungszeitraum der §§ 147 bis 151 jeweils durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates um jeweils bis zu einem halben Jahr verlängern.“

Artikel 5

Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes

§ 53 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Dezember 2010 (BGBl I S. 1952; 2012 I S. 197), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

2. Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Wird im laufenden Bewilligungszeitraum Einkommen aus einer anlässlich der Bekämpfung der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie 2020 aufgenommenen Tätigkeit in oder für eine Gesundheitseinrichtung oder eine sonstige soziale Einrichtung zur Unterstützung der Bekämpfung der Pandemie und deren sozialen Folgen erzielt, gilt die Maßgabe des Absatzes 1 Satz 5 entsprechend. Ist die Tätigkeit auf eine Dauer beschränkt, die nicht bis zum Ende des Bewilligungszeitraums reicht, wird das daraus erzielte Einkommen durch die Zahl der Monate geteilt, in denen die Vergütung für diese Tätigkeit erzielt wurde und nur auf diese Monate angerechnet.“

Artikel 6

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 87a Absatz 3b, § 87b Absatz 2a und § 105 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 3 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden aufgehoben.

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 5 tritt mit Wirkung vom 1. März 2020 in Kraft.

(3) Artikel 6 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Erkrankung COVID-19, verursacht durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2, breitet sich in vielen Ländern weiter aus und führt zu einer stetig steigenden Zahl der Ansteckungsfälle. Auch in Deutschland steigt die Zahl der positiv auf SARS-CoV-2 (COVID-19) getesteten Personen dynamisch an. Eine weltweite Verbreitung der Erkrankung wird zurzeit beobachtet, täglich melden Länder steigende Fallzahlen. Die Erkrankung ist hochinfektiös und verläuft in etwa 4 von 5 Fällen mild. Gleichwohl sind insbesondere ältere Menschen und solche mit vorbestehenden Grunderkrankungen von schweren Krankheitsverläufen betroffen, die bis zum Tod führen können. Bei vielen schwer erkrankten Menschen muss mit einer im Verhältnis zu anderen schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI) – vermutlich sogar deutlich – längeren intensivmedizinischen Behandlung mit Beatmung/zusätzlichem Sauerstoffbedarf gerechnet werden. Selbst gut ausgestattete Gesundheitssysteme wie das in Deutschland können hier schnell an Kapazitätsgrenzen gelangen, wenn sich die Zahl der Erkrankten durch längere Liegedauern mit Intensivtherapie aufaddiert (Epidemiologisches Bulletin 12/2020, „COVID-19: Jetzt handeln, vorausschauend planen Strategie-Ergänzung zu empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen und Zielen (2. Update)“, Stand: online vorab 13. März 2020 mit Verweis auf Bericht ARDS-Netzwerk zu Influenza). Der mögliche massenhafte Anfall stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten, die teilweise der Beatmung bedürfen, erfordert in den Krankenhäusern im Vorfeld klare Festlegungen bezüglich der organisatorischen Umsetzung (Nationaler Pandemieplan Teil I, Strukturen und Maßnahmen, S. 34, Stand: 2. März 2017, Robert Koch-Institut). Neben einer von der allgemeinen Patientenversorgung räumlich getrennten Aufnahme und Versorgung von Influenzapatientinnen und -patienten misst der Nationale Pandemieplan Teil I der Bereitstellung zusätzlicher Bettenkapazitäten, beispielsweise durch Verschiebung planbarer Operationen, dabei eine besondere Bedeutung zu. Im Rahmen der organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der stationären Versorgung wird dabei auch eine Erhöhung von Bettenkapazitäten [für Influenzapatientinnen und -patienten] vorgesehen. Als zugehörige Maßnahmen wird die Aussetzung elektiver Aufnahmen und die Einbeziehung anderer Stationen (z.B. Haut, Augen- unter Berücksichtigung der [Influenza-]spezifischen Anforderungen) empfohlen (Anhang 1 zu Kapitel 5, Nationaler Pandemieplan Teil I, S. 51).

Die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie führt auch zu einer enormen Herausforderung für die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland, weil der überwiegende Teil der Verdachts- und Erkrankungsfälle im ambulanten Bereich versorgt werden muss. Zudem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen maßgebliche Akteure bei der Information der Bevölkerung und der Patientensteuerung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen besondere Maßnahmen ergreifen, um dieser Situation gerecht werden zu können. Folge sind erhebliche zusätzliche Kosten der Kassenärztlichen Vereinigungen, die über die üblicherweise von der Vertragsärzteschaft zu tragenden Kosten zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung hinausgehen.

Zudem bedroht das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 in besonderem Maße die Gesundheit der Pflegebedürftigen in Deutschland, die aufgrund ihres Alters und ihrer Vorerkrankungen in der Regel ein deutlich erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf der Krankheit haben. Aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie der Medizinischen Dienste sind durch das Virus gefährdet. Persönliche Kontakte der Prüferinnen und Prüfer, der Gutachterinnen und Gutachter sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen mit Pflegebedürftigen sollen daher während der Pandemie soweit wie möglich vermieden werden. Für die Sicherstellung der pflegerischen

Versorgung stellt die Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie eine große Herausforderung dar. Aufgrund von Erkrankungen, Quarantäne sowie der Schließung von Schulen und Kitas ist nicht auszuschließen, dass Pflegeeinrichtungen mit der Situation konfrontiert werden, die vertraglich vereinbarten Personalstandards und Qualifikationsanforderungen nicht einzuhalten und Pflegebedürftige nicht ausreichend versorgen zu können. Aus diesem Grund sollen alle verfügbaren Pflege- und Betreuungskräfte der Einrichtungen daran mitarbeiten, die pflegerische Versorgung aufrecht zu erhalten. Während der Pandemie sollen daher keine Personalkapazitäten für Maßnahmen der externen Qualitätssicherung eingesetzt werden. Zudem stellt die Pandemie Pflegeeinrichtungen durch Mehrausgaben und Einnahmeausfälle vor finanzielle Herausforderungen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Mit den Regelungen des Entwurfs soll der Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 12. März 2020 umgesetzt werden. Danach sollen sich die Krankenhäuser in Deutschland auf den erwartbar steigenden Bedarf an Intensiv- und Beatmungskapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen durch COVID-19 vorbereiten. Zu diesem Zweck sollen in zugelassenen Krankenhäusern zur Versorgung von COVID-19-Patientinnen und Patienten, soweit medizinisch vertretbar, grundsätzlich alle planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe zunächst für 6 Monate verschoben bzw. ausgesetzt werden. Für die dadurch entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser ist ein finanzieller Ausgleich zu regeln, damit Krankenhäuser durch die Maßnahmen der Krisenintervention nicht in eine defizitäre Lage geraten oder eine solche verschärft wird. Für zusätzlich provisorisch geschaffene oder vorgehaltene Intensivbetten erhalten Krankenhäuser darüber hinaus einen bundeseinheitlichen Bonus. Die Länder finanzieren kurzfristig jeweils nach eigenen Konzepten weitere erforderliche Investitionskosten. Für Mehrkosten, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, erhalten Krankenhäuser vom 1. April bis zum 30. Juni 2020 einen Zuschlag je Patientin und Patient in Höhe von 50 Euro, der bei Bedarf verlängert und erhöht werden kann. Zum anderen sind weitere Maßnahmen zur Stärkung der Finanzierung der Krankenhäuser vorgesehen, um diese bei der aktuellen Krisenbewältigung zu entlasten. Diese Maßnahmen sehen eine Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts vor, wodurch nicht nur die Liquidität der Krankenhäuser verbessert wird, sondern auch erhebliche Zusatzeinnahmen entstehen. Ferner werden u. a. umfassende Erleichterungen bei der Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst, eine Aussetzung des Fixkostendegressionsabschlags für das Jahr 2020 und eine höhere Flexibilität bei den Erlösausgleichen vorgenommen. Schließlich wird die Liquidität der Krankenhäuser durch eine auf fünf Tage verkürzte Zahlungsfrist in diesem Jahr zusätzlich gestärkt. Um sicherzustellen, dass die Krankenhäuser bei steigender Fallzahl ihre Behandlungskapazitäten gezielt für die Versorgung schwerer Infektionsfälle einsetzen können, können die Länder zu deren Entlastung zudem gezielt Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmen, die gegenüber denjenigen Patientinnen und Patienten, die der Infrastruktur eines Krankenhauses sowie einer maschinellen Beatmung nicht bedürfen, vollstationäre Behandlung erbringen dürfen.

Der Effekt dieser gesetzlichen Maßnahmen kann durch eine zentrale Koordination der Behandlungskapazitäten noch deutlich verstärkt werden. Daher ist es von besonderer Bedeutung, dass sämtliche Krankenhäuser und alle weiteren Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zur Bewältigung der aktuellen durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 11. März 2020 erklärten Pandemie solidarisch zusammenzuarbeiten und in einen koordinierten und medizinisch-fachlichen Austausch zu treten. Dies kann etwa geschehen, indem sich alle Krankenhäuser auf der Website der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, des Robert Koch-Institutes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft registrieren. Unter www.divi.de/intensivregister können freie Beatmungsplätze in allen Krankenhäusern Deutschlands registriert und abgefragt werden. Die Website ermöglicht eine zentrale Erfassung aller Krankenhäuser der Bundesrepublik und ist öffentlich einsehbar.

Um den Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Finanzierung außerordentlicher Maßnahmen zu helfen, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes geboten sind, wird vorgesehen, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen die zusätzlichen Kosten zu erstatten haben. Zum Schutz vor einer zu hohen Umsatzminderung bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen, die in einem Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patienteninanspruchnahme in Folge einer Pandemie begründet ist, werden für vertragsärztliche Leistungserbringer Ausgleichszahlungen vorgesehen. Darüber hinaus wird mit der Regelung zur Anpassung der Honorarverteilungsmaßstäbe sichergestellt, dass der vertragsärztliche Leistungserbringer trotz der gefährdend rückläufigen Fallzahl aufgrund einer reduzierten Patienteninanspruchnahme Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars und zum Fortbestand seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erhält.

Um die vulnerable Personengruppe der Pflegebedürftigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen, werden Pflegegutachten statt in einer umfassenden persönlichen Befunderhebung im Wohnbereich aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen (Aktenlage) in Kombination mit strukturierten Interviews erstellt. Zudem werden Wiederholungsbegutachtungen ausgesetzt und die 25-Arbeitstagefrist (Bearbeitungsfrist) der Pflegekassen auf Dringlichkeitsfälle beschränkt. Die Regelung zur Zahlung eines Betrages in Höhe von 70 Euro bei Fristüberschreitung durch die Pflegekasse an den Antragsteller findet übergangsweise keine Anwendung. Eine notwendige Entlastung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen wird im Bereich der Qualitätssicherung durch das befristete Aussetzen der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI (Regelprüfungen) sowie durch die Verlängerung der Einführungsphase zur Erhebung der indikatorenbasierten Qualitätsdaten gemäß § 114b SGB XI bis zum 31. Dezember 2020 erreicht. Die Aussetzung der Qualitätsprüfungen soll darüber hinaus dazu beitragen, zusätzliche Infektionsgefahren für die Pflegebedürftigen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeinrichtungen sowie die Prüferinnen und Prüfer zu vermeiden. Um die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren zu schützen und um das vorhandene Pflegekräfteangebot auf die Sicherstellung der Versorgung hin zu konzentrieren, kann der Abruf verpflichtender Beratungseinsätze im häuslichen Bereich unterbleiben, ohne dass sich dies auf den Pflegegeldanspruch auswirkt. Eine Beratung kann aber weiter in Anspruch genommen werden. Mit der Kostenerstattungsregelung in § 150 SGB XI wird Pflegeeinrichtungen die Sicherheit gegeben, durch die Epidemie bedingte finanzielle Mehrausgaben oder Mindereinnahmen über die Pflegeversicherung erstattet zu bekommen. Den Pflegekassen wird zudem ein weiter Gestaltungsspielraum zur Vermeidung von pflegerischen Versorgungslücken in der häuslichen Versorgung eingeräumt. Sie können nach ihrem Ermessen zur Vermeidung von im Einzelfall im häuslichen Bereich verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen, wenn vorrangige Maßnahmen nicht ausreichend sind, Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge gewähren.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (GG). Danach können die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Krankenhauspflegesätze durch Bundesgesetz geregelt werden. Bundesgesetzliche Regelungen sind auch zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich. In der aktuellen Situation ist es von besonderer Bedeutung, dass im gesamten Bundesgebiet kurzfristig ausreichende Krankenhauskapazitäten zur Verfügung stehen, um

mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Infizierte zu behandeln. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn Krankenhäuser, die planbare Operationen verschieben, um freie Behandlungskapazitäten zu schaffen, einen nach einheitlichen Regelungen ermittelten finanziellen Ausgleich erhalten. Dieses Regelungsziel könnte durch eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene nicht erreicht werden, sodass eine flächendeckende und gleichmäßige Versorgung Infizierter nicht gewährleistet wäre. Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes (Recht der Wirtschaft; privatrechtliches Versicherungswesen) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes. Eine bundesgesetzliche Regelung zur Wahrung der Wirtschaftseinheit ist erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihre Tätigkeit in der Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich kaum sinnvoll durchzuführen. Bundeseinheitliche Regelungen sind auch deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vergleiche § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI).

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Änderungen des Bundesausbildungsförderungsgesetzes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 13 Grundgesetz.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei, indem die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen vorübergehend von bürokratischen Aufgaben entlastet werden.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung, gerade in Zeiten einer Pandemie.

Die in dem Gesetz enthalten Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch stehen im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger und der Beschäftigung sowie der Lebensqualität und Gesundheit im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Mit den Regelungen wird dafür gesorgt, dass die bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems und der Pflege in der durch die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie ausgelösten Krise aufrecht erhalten werden und die medizinische sowie pflegerische Versorgung sichergestellt werden können. Es dient damit in besonderem Maße dem Prinzip 3 „Natürliche Lebensgrundlage erhalten“ sowie dem Prinzip 5 „Sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern“. Nach Beendigung der Krise werden die in den Regelungen enthaltenen Maßnahmen nicht fortgesetzt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund

Aus den vorgesehenen Ausgleichzahlungen für die Freihaltung von Bettenkapazitäten durch die Verschiebung planbarer Operationen, Eingriffe und Aufnahmen ergeben sich bei einer angenommenen Unterschreitung der Patientenzahl von 10 Prozent für 100 Tage Mehrausgaben von rund 2,8 Milliarden Euro. Durch Beihilfezahlungen entfallen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden Belastungen in Höhe von rund 86 Millionen Euro. Landeshaushalte werden darüber hinausgehend durch die Regelungen dieses Gesetzes nicht belastet.

Zudem ergeben sich für den Bund beim Bundeszuschuss für die Übernahme der Leistungsaufwendungen der Altenteiler im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages.

Gesetzliche Krankenversicherung

Der bundeseinheitliche Bonus in Höhe von 50 000 Euro würde für je 10 000 zusätzlich geschaffene oder zusätzlich vorgehaltene Intensivbetten zu Mehrausgaben in Höhe von 500 Millionen Euro führen. Geht man beispielhaft von einer Verdoppelung der bisherigen Intensivkapazitäten aus, würden Mehrausgaben in Höhe von 1,5 Milliarden Euro entstehen. Diese Mehrausgaben werden aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

Der mit dem Gesetz neu eingeführte, auf zwölf Wochen begrenzte Zuschlag insbesondere für persönliche Schutzausrüstung in Höhe von 50 Euro je Fall kann zu Mehrausgaben von rund 240 Millionen Euro führen. Unter der Annahme, dass rund 10 Prozent der Patientinnen und Patienten privat krankenversichert sind, entfallen auf die private Krankenversicherung in diesem Fall rund 24 Millionen Euro. Hiervon wiederum werden 25 Prozent durch Beihilfezahlungen von Bund, Ländern und Gemeinden und damit rund 6 Millionen Euro getragen, so dass die zusätzliche Belastung der gesetzlichen Krankenkassen bei rund 220 Millionen Euro läge.

Durch die Ermöglichung einer Versorgung von Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen könnten Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe für die gesetzlichen Krankenkassen entstehen. Dies gilt auch für den vorgesehenen Wegfall des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) für das Jahr 2020, für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion und ggf. weiterer Behandlungsfälle, die von den Vertragsparteien von der Erhebung des FDA zur Vermeidung besonderer Härten ausgenommen werden können. Auch die finanziellen Auswirkungen abweichender Ausgleichssätze für Mehr- und Mindererlöse sind nicht valide quantifizierbar. Die potenziellen Mehrausgaben dieser Maßnahmen sind von der derzeit nicht absehbaren Dynamik der Ansteckungsquoten, der Wirkung der Isolationsmaßnahmen und der hieraus resultierenden Entwicklung stationärer Behandlungsfälle abhängig.

Zur weiteren Förderung der Reaktivierung und Verlagerung von Pflegepersonal in die zur Behandlung der Infektionsfälle erforderlichen Einheiten wird der vorläufige Pflegeentgeltwert um rund 38 Euro auf 185 Euro pro Tag mit Wirkung für die gesetzliche und private Krankenversicherung erhöht. Hierdurch ist ein nachhaltiger Liquiditätseffekt für die Krankenhäuser zu erwarten. Geht man davon aus, dass sich die Vereinbarung der Pflegebudgets auf Grund der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie bis ins nächste Jahr verzögert, ergibt sich bei rund 84 Millionen Pflegetagen aus der Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts ein Finanzvolumen von bis zu 3,2 Milliarden Euro. Unter der Annahme, dass rund 10 Prozent der Patientinnen und Patienten privat krankenversichert sind, entfallen auf die private Krankenversicherung in diesem Fall rund 320 Millionen Euro. Hiervon wiederum werden 25 Prozent durch Beihilfezahlungen von Bund, Ländern und Gemeinden und damit rund 80 Millionen Euro getragen, so dass die zusätzliche

Belastung der gesetzlichen Krankenkassen bei rund 2,9 Milliarden Euro läge. Zu berücksichtigen ist, dass nach der krankenhausindividuellen Vereinbarung des Pflegebudgets Unterdeckungen, die sich aus höheren krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten im Vergleich zu den mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert von 185 Euro finanzierten Pflegepersonalkosten ergeben, ausgeglichen werden. Überdeckungen, die aus niedrigeren krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten im Vergleich zu den mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert von 185 Euro finanzierten Pflegepersonalkosten resultieren, verbleiben dem Krankenhaus. Da die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten nicht bekannt sind, kann keine Abschätzung der finanziellen Auswirkungen vorgenommen werden.

Aus der Streichung des Aufschlags auf beanstandete Abrechnungen für die Jahre 2020 und 2021 resultieren jährliche Mindereinnahmen für die gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von rund 370 Millionen Euro. Obwohl den Jahren 2020 und 2021 jeweils unterschiedliche gesetzliche Regelungen zu Prüfquoten und Aufschlägen sowie unterschiedliche Annahmen zugrunde liegen, ist von Mindereinnahmen in gleicher Größenordnung auszugehen.

Mit der Reduzierung der Prüfquote von 12,5 Prozent auf 5 Prozent, darf eine Krankenkasse im Jahr 2020 bis zu 5 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen. Die reduzierte Prüfquote wirkt sich auf die Summe der Rückzahlungsbeträge der Krankenhäuser an die gesetzlichen Krankenkassen aus. Die Mehrausgaben lassen sich nicht genau quantifizieren, weil weder der durchschnittliche Rückzahlungsbetrag noch die Beanstandungsquoten bekannt sind, sie dürften allerdings im hohen dreistelligen Millionenbereich liegen.

Mehrkosten für Ausgleichszahlungen nach § 87a Absatz 3b SGB V für Honorarverluste bezogen auf die extrabudgetäre Leistungserbringung sind aufgrund entgegenstehender mit Fallzahlrückgängen verbundener Minderausgaben nicht zu erwarten. In Folge der Anpassungen der Honorarverteilungsmaßstäbe entstehen keine Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen. Die in Folge der Erstattungsregelung für zusätzliche Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, können der gesetzlichen Krankenversicherung Mehrausgaben entstehen. Diese sind aufgrund der dezentralen Entscheidungsfindungen über die zu ergreifenden außergewöhnlichen Maßnahmen hinsichtlich Art, Anzahl und Umfang nicht quantifizierbar.

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich bei den Kosten der ambulanten Pflegedienste für Schutzausrüstung aus der etwa hälftigen Kostenteilung mit der sozialen Pflegeversicherung Mehrausgaben von rund 12 Millionen Euro. Diese Finanzwirkungen ergeben sich einmalig für 6 Monate in 2020.

Soziale Pflegeversicherung

Die Finanzwirkungen ergeben sich einmalig für 6 Monate in 2020. Es ergeben sich aus dem Wegfall von häuslichen Beratungsbesuchen Minderausgaben in Höhe von bis zu rund 60 Millionen Euro. Die Übernahme von zusätzlichen Ausgaben für Schutzausrüstung führt zu schwer kalkulierbaren Mehrausgaben. Setzt man je Pflegebedürftigen monatliche Zusatzkosten von 10 Euro an, so ergeben sich Mehrausgaben von rund 60 Millionen Euro.

Einnahmeausfälle dürften sich hauptsächlich bei Tagespflegeeinrichtungen ergeben, weil weniger Gäste sie wegen der Infektionsgefahr aufsuchen. Geht man von einer Halbierung der Gästezahl aus, so führt dies zu Mindereinnahmen von rund 250 Millionen Euro, die von der Pflegeversicherung auszugleichen wären. In welchem Umfang eine anderweitige Beschäftigung des Personals in anderen Pflegeeinrichtungen gelingt, ist nicht abschätzbar, würde aber den notwendigen Ausgleichsbetrag reduzieren. Andere staatliche Leistungen -

wie z. B. Kurzarbeitergeld - verringern ebenfalls den notwendigen Ausgleichsbetrag der Pflegeversicherung.

Alle Maßnahmen zusammen verschlechtern den Finanzierungssaldo um rund 250 Millionen Euro.

4. Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Wirtschaft

Krankenhäusern entsteht mit der Meldung ihres Ausgleichsanspruchs für die Aussetzung oder Verschiebung planbarer Leistungen sowie des Förderbetrags zur Schaffung zusätzlicher Intensivbetten gegenüber den Ländern geringer Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

Für die Wirtschaft entsteht nach § 150 Absatz 1 SGB XI kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand (Sicherstellung der pflegerischen Versorgung), nach § 150 Absatz 2 SGB XI entsteht ein geringfügiger, nicht näher bezifferbarer Mehraufwand.

Verwaltung

Für die Verwaltung der Länder entsteht Erfüllungsaufwand auf Grund der Sammlung und Prüfung der von den Krankenhäusern angemeldeten Ausgleichszahlungen und Förderbeträge für neu geschaffene Intensivbetten sowie der Abwicklung der Zahlungen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in Höhe von rund 1 Million Euro. Hierbei wurde unterstellt, dass in 16 Ländern 30 Tage lang jeweils zwei Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter mit der administrativen Umsetzung der Hilfen beschäftigt sind.

Zusätzliche Verwaltungskosten des Bundesministeriums für Finanzen und der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Konkretisierung der Umsetzungsmodalitäten der gesetzlichen Regelungen im Einzelnen liegen in nicht nennenswerter Höhe. Hierbei wie auch bei der abweichenden Vereinbarung von Ausgleichssätzen für Mehr- oder Mindererlöse und der Definition von Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag handelt es sich um Routineaufgaben, die im Rahmen von ohnehin stattfindenden Beratungen oder entsprechender Aufgabenerledigung stattfinden.

Für das BAS entsteht Erfüllungsaufwand für die Abwicklung der Zahlungen zwischen BAS und Ländern und zwischen BAS und BMF und zur Bestimmung der Einzelheiten zum Verfahren in Höhe von rund 25 000 Euro.

Aufgrund der Ausgleichszahlungen nach § 87a Absatz 3b SGB V kann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den gesetzlichen Krankenkassen einmaliger Erfüllungsaufwand entstehen. Da die tatsächliche Anzahl und die tatsächliche Notwendigkeit von Ausgleichszahlungen nicht beurteilt werden kann, ist eine Quantifizierung nicht möglich. Für die Anpassung der Verteilungsmaßstäbe kann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand entstehen, der aufgrund des unklaren Anpassungsbedarfs in den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht näher quantifiziert werden kann. Aufgrund der Entscheidungsfindung über die zu ergreifenden Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entstehen den Kassenärztlichen Vereinigungen einmaliger Erfüllungsaufwand. Dieser ist aufgrund der außergewöhnlichen Maßnahmen hinsichtlich Art, Anzahl und Umfang nicht quantifizierbar.

Die Aussetzung der Wiederholungsbegutachtungen wird zu geringfügigen Einsparungen beim Erfüllungsaufwand der Pflegekassen führen, die nicht quantifizierbar sind. Gleiches gilt für geringe Einsparungen beim Erfüllungsaufwand der Landesverbände der Pflegekassen durch die ausgesetzten Qualitätsprüfungen (Regelprüfungen). Zudem kommt es jedenfalls übergangsweise zu nicht unerheblichen Einsparungen beim Erfüllungsaufwand der Medizinischen Dienste sowohl durch die Begutachtungen nach Aktenlage sowie das Aussetzen der Wiederholungsbegutachtungen als auch die Aussetzung der Qualitätsprüfungen (Regelprüfungen). Die Höhe der Einsparungen ist nicht quantifizierbar. Die Medizinischen Dienste haben ihre Bereitschaft erklärt, vorübergehend freiwerdende Personalkapazitäten insbesondere bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit medizinischer oder pflegerischer Qualifikation ohne Kosten- oder Aufwendungsersatz an Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser oder Gesundheitsämter abzustellen. Die Fortgewährung des Pflegegeldes auch in den Fällen, in denen ein Beratungseinsatz nicht abgerufen wird, wird zu geringfügen Einsparungen beim Erfüllungsaufwand führen. Der Erfüllungsaufwand für die Gewährung von Kostenerstattungsleistungen in der häuslichen Versorgung ist nicht quantifizierbar, da nicht abzuschätzen ist, in welchem Umfang Versorgungsengpässe auftreten werden. Nach § 150 Absatz 1 entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand (Sicherstellung der pflegerischen Versorgung). Nach § 150 Absatz 2 entsteht ein geringfügiger, nicht näher bezifferbarer Mehraufwand. Bei der Erstellung der Festlegungen nach § 150 Absatz 3 SGB XI entsteht ein einmaliger Umstellungsaufwand für die Verwaltung in Höhe von 7.680 Euro. Mit der Berichtspflicht nach § 150 Absatz 3 Satz 4 SGB XI entsteht ein laufender, geringfügiger Erfüllungsaufwand, da angesichts der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 Pandemie ein enger Austausch zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgt.

5. Weitere Kosten

Aus der Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts und des auf zwölf Wochen befristeten Zuschlags insbesondere für persönliche Schutzausrüstung resultieren für die private Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe von rund 260 Millionen Euro.

Für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund 7 Prozent Minderausgaben bei den Beratungsbesuchen von rund 4 Millionen Euro, Mehrausgaben für Schutzausrüstung von rund 4 Millionen Euro und bei der Kompensation der Einnahmeausfälle von Tagespflegeeinrichtungen Mehrausgaben von rund 18 Millionen Euro. Alle Maßnahmen zusammen verschlechtern den Finanzierungssaldo um rund 18 Millionen Euro.

6. Weitere Gesetzesfolgen

VII. Befristung; Evaluierung

Das Gesetz greift die besondere Lage einer Pandemie auf und soll nur für diesen Zeitraum abweichende Regelungen treffen. Daher ist in einem Teil der Regelungen eine Befristung vorgesehen.

Die Auswirkungen der Regelungen im Krankenhausbereich auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser werden vom Bundesministerium für Gesundheit mit Unterstützung eines Beirats zum 30. Juni 2020 überprüft.

Die Geltungsdauer der Sonderregelungen §§ 147 bis 151 SGB XI ist befristet worden. Sie gelten einschließlich 30. September 2020, bei länger anhaltender Pandemie durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bis zum Ablauf der durch Rechtsverordnung bestimmten Frist.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 19)

Mit der Änderung wird sichergestellt, dass Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ab dem ersten Tag des übernächsten Monats, der auf die Entscheidung folgt, gelten und nicht erst ab dem zweiten Tag. Die Änderung ist erforderlich, um die in der Begründung des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 bereits vorgesehene Geltung ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats gesetzlich entsprechend umzusetzen.

Zu Nummer 2 (§§ 21, 22, 23, 24)

Zu § 21

Absatz 1 regelt, dass Krankenhäuser, bei denen es seit dem 16. März 2020 durch das Aussetzen oder Verschieben planbarer Operationen zu einem Rückgang der Patientenzahlen kommt, dadurch keine negativen finanziellen Folgewirkungen erleiden. Um dies sicherzustellen, sind finanzielle Maßnahmen zur Entlastung dieser Krankenhäuser erforderlich. Infolge des beabsichtigten Freihaltens stationärer Behandlungskapazitäten – insbesondere in der Intensivmedizin mit entsprechenden Beatmungsmöglichkeiten – erhalten die Krankenhäuser deshalb für dadurch nicht belegte Betten für einen befristeten Zeitraum einen finanziellen Ausgleich. Die Mittel für den Ausgleich der den Krankenhäusern durch die Verschiebung bzw. Aussetzung planbarer Aufnahmen, Operationen und Eingriffe entstehenden finanziellen Belastungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 SGB V vorfinanziert.

Absatz 2 regelt, dass die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 in einem zweistufigen Verfahren ermittelt wird. Zunächst subtrahieren die ausgewählten Krankenhäuser für die Zeit ab dem 16. März 2020 tagesbezogen ihre Patientenzahlen von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert). Ist der so ermittelte Wert größer als Null, wird dieser im zweiten Schritt mit der in Absatz 3 festgelegten Pauschale multipliziert. Das Ergebnis ist vom Krankenhaus wöchentlich aufgeschlüsselt nach Kalendertagen an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu melden, wobei die Ermittlung letztmalig für den 30. September 2020 durchzuführen ist. Die Landesbehörde führt die Meldungen aller Krankenhäuser im Land zusammen. Die Gegenüberstellung der durchschnittlichen Patientenzahlen des Jahres 2019 mit den geringeren aktuellen Patientenzahlen ist ein Indikator dafür, in welchem Umfang bei den betroffenen Krankenhäusern durch die Verschiebung oder Aussetzung planbarer Operationen oder Eingriffe Erlösausfälle entstanden sind. Das Ergebnis ist daher Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Ausgleichszahlung. Ergibt die Gegenüberstellung, dass im Vergleich zum Zeitraum 2019 mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden, ist die Zahlung von Ausgleichsleistungen dagegen nicht gerechtfertigt. Die Ausgleichszahlungen sollen dauerhaft bei den Krankenhäusern verbleiben. Sie gehen daher nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein.

Absatz 3 gibt eine tagesbezogene Pauschale für die Krankenhäuser nach Absatz 1 vor, die wegen ausgesetzter oder verschobener planbarer Operationen Erlösausfälle zu verzeichnen haben. Als Multiplikator für die jeweilige wöchentliche Gesamtvergütung ist der nach Absatz 2 ermittelte Rückgang der Patientenzahlen im betrachteten Zeitraum maßgeblich. Die tagesbezogenen Pauschalen wurden ausgehend von der Grundlage des Kostennachweises für das Jahr 2017 ermittelt. Zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung wurden die Kosten des Pflegedienstes, die über das Pflegebudget finanziert werden, sowie die über

Ausbildungsbudgets finanzierten Ausbildungskosten nicht bei der Ermittlung der Pauschalen berücksichtigt. Um zudem zu berücksichtigen, dass für eine nicht stattgefundene stationäre Behandlung auch keine verbrauchsbezogenen Versorgungskosten entstehen, wurden die Kosten des Medizinischen Bedarfs (z. B. Arzneimittel, Implantate, Blutprodukte, Narkose- und OP-Bedarf, Laborbedarf etc.) und Lebensmittelausgaben für die Ermittlung der tagesbezogenen Pauschalen abgezogen. Nicht berücksichtigt wurden ebenfalls Ausgaben für Forschung und Lehre, die ebenfalls anderweitig finanziert werden. Erhöhend berücksichtigt wurden hingegen die Kosten für nicht direkt beim Krankenhaus beschäftigtes Personal. Ebenfalls einbezogen in die Berechnung wurden die Kosten von vor- und nachstationären Behandlungen, Mittel für ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen sowie für belegärztliche Leistungen. Die berücksichtigten Kosten wurden mit Annahmen zu den Kostensteigerungen für die Jahre 2018, 2019 und 2020 hochgerechnet. Zur Ermittlung der tagesbezogenen Pauschalen wurden die so ermittelten Kosten der Krankenhäuser durch die Summe der Belegungstage dividiert. Schließlich wurde unter Berücksichtigung der besonderen Bedingungen der durch die Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie ausgelösten Krise ein pauschaler Aufschlag als Ausgleich für mögliche Erlösausfälle für ausgesetzte oder verschobene planbare Operationen vorgenommen.

Um eine zeitnahe Auszahlung an die Krankenhäuser zu gewährleisten, bestimmt Absatz 4, dass die Länder die nach Absatz 2 aufsummierten Beträge der Krankenhäuser 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, welches seinerseits den vom jeweiligen Krankenhaus gemeldeten Bedarf an dieses weiterleitet. Zur Gewährung eines zeitnahen Mittelflusses können vom Land 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.

Absatz 5 regelt als zusätzliche Maßnahme die Möglichkeit, dass Krankenhäuser nach Absatz 1 mit der Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde bis zum 30. September 2020 für zusätzlich geschaffene oder vorgehaltene Intensivbetten einen pauschalen Bonus erhalten. Voraussetzung ist, dass die zusätzlich für die Versorgung von COVID-19 Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehenden Intensivbetten maschinelle Beatmungsmöglichkeiten vorhalten. Bei den geförderten Betten sollte ein Monitoring mit gleichzeitiger Anzeige von Elektrokardiogramm, Sauerstoffsättigung und invasiven Drucken sowie Zugriffsmöglichkeiten auf Blutgasanalysegeräte gegeben sein. Die Intensivbetten können dabei zusätzlich zum bisherigen Bettenbestand des Krankenhauses geschaffen werden, sie sollen jedoch insbesondere über Betten aus anderen Stationen generiert werden. Für auf diese Weise zusätzlich geschaffene oder vorgehaltene Intensivbetten erhalten die Krankenhäuser einen bundeseinheitlichen Bonus in Höhe von 50.000 Euro. Die Auszahlung des Bonus erfolgt im gleichen Verfahren wie die Auszahlung nach Absatz 4. Unabhängig davon finanzieren die Länder kurzfristig jeweils nach eigenen Konzepten weitere erforderliche Investitionskosten.

Auf Grund der gestiegenen Nachfrage infolge der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie haben sich die Preise und die benötigten Mengen für verschiedene Artikel, insbesondere für persönliche Schutzausrüstungen (u. a. Mundschutz, Atemmasken, Schutzkittel und -brillen, Handschuhe) erhöht. Die den Krankenhäusern hieraus entstehenden Kostensteigerungen werden pauschal durch einen Zuschlag in Höhe von 50 Euro finanziert, den Krankenhäuser für jeden voll- oder teilstationären Fall erheben, der im Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 in das Krankenhaus aufgenommen wird (Absatz 6). Durch die Höhe des Zuschlags und die Regelung, dass der Zuschlag für alle voll- oder teilstationären Fälle, also auch solche, bei denen keine persönliche Schutzausrüstung erforderlich ist, abgerechnet wird, werden auch Kosten für persönliche Schutzausrüstungen finanziert, die vor oder nach dem Zeitraum entstehen, in dem der Zuschlag abgerechnet werden kann. Die Berechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber dem

Patienten oder der Patientin oder ihren Kostenträgern. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Möglichkeit, durch die Rechtsverordnung nach § 23, den Zeitraum, in dem der Zuschlag abgerechnet werden kann, zu verlängern und die Zuschlagshöhe für diesen Zeitraum anzupassen.

Ergänzende Aufgabe der Selbstverwaltungspartner ist es, das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten nach Absatz 2 Satz 1 durch die Krankenhäuser zu regeln (Absatz 7). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren hierbei etwa standardisierte Meldungen der Zahl der voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten. Im Fall der Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG ohne Antrag innerhalb von weiteren zwei Wochen.

Absatz 8 regelt die Refinanzierung der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanzierten Mittel. Da die Finanzierung von Ausgleichsleistungen an die Krankenhäuser, die planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe zugunsten der Erhöhung der Bettenkapazitäten für die Versorgung von mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten verschieben oder aussetzen, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, ist es nicht sachgerecht, mit deren Finanzierung ausschließlich die Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung zu belasten. Aus diesem Grund werden diese Mittel aus dem Bundeshaushalt refinanziert. Zu diesem Zweck hat das Bundesamt für Soziale Sicherung dem Bundesministerium der Finanzen monatlich die Höhe des an die Länder nach Absatz 4 Satz 2 überwiesenen Betrags mitzuteilen. Der Bund erstattet den Betrag an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu Gunsten der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Dies hat innerhalb von einer Woche nach der Mitteilung des Bundesamtes für Soziale Sicherung an das Bundesministerium für Finanzen zu erfolgen. Ausgenommen von der Erstattung durch den Bund sind Aufwendungen der Krankenhäuser, die diese für die Schaffung oder Vorhaltung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit tätigen, da diese die Versorgungsmöglichkeiten dauerhaft erweitern. Die erforderlichen Investitionskosten, wie etwa für die Geräte zur intensivmedizinischen Behandlung, werden von den Ländern kurzfristig jeweils nach eigenen Konzepten finanziert.

Die Regelung in Absatz 9 dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Verteilung der an die einzelnen Krankenhäuser gezahlten Mittel herzustellen. Dies ist erforderlich, um die Zielgenauigkeit der Regelungen einschätzen zu können und Rückschlüsse auf die Ausgestaltung vergleichbarer Regelungen in Zukunft ziehen zu können. Aus diesem Grund hat jedes Land eine krankenhausbezogene Aufstellung seiner durch das Bundesamt für Soziale Sicherung ausgereichten Finanzmittel dem Bundesministerium für Gesundheit nach Abschluss des Verfahrens vorzulegen, damit dieses einen Überblick über die an die Krankenhäuser geleisteten Unterstützungsmaßnahmen erhält. Eine zeitnahe Übermittlung wird durch die gesetzte Frist von etwa einem Kalendermonat gewährleistet.

Zu § 22

Es ist nicht auszuschließen, dass die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser trotz der Verschiebung oder Aussetzung planbarer Operationen bei einem weiteren dynamischen Anstieg der Zahl von mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten insgesamt für die Versorgung r von Patientinnen und Patienten mit stationärem Behandlungsbedarf nicht ausreichen.

Aus diesem Grund wird in Absatz 1 ermöglicht, dass Patientinnen und Patienten, bei denen eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, auch in geeigneten vom Land hierfür bestimmten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden können. Voraussetzung ist, dass die Einrichtung über einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach § 111 Absatz 2 SGB V oder über entsprechende Verträge mit der gesetzlichen

Renten- oder Unfallversicherung verfügt oder dass sie von der gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben wird. Die Länder haben daher die Möglichkeit, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gezielt in solchen Gebieten für eine stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten zu bestimmen, in denen die verfügbaren Krankenhauskapazitäten hierfür voraussichtlich nicht ausreichen. Diese Bestimmung kann auch für Teile einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Soweit die Einrichtung die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten durchführt, gilt sie als zugelassenes Krankenhaus. Die Regelung gilt für Aufnahmen von Patientinnen und Patienten, die bis zum 30. September 2020 erfolgt sind.

Absatz 2 regelt die Vergütung der in den betroffenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbrachten vollstationären Leistungen. Zur Vermeidung unverhältnismäßiger Umstellungsprozesse in diesen Einrichtungen werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, hierfür Pauschalentgelte zu vereinbaren. Wegen der Vergleichbarkeit der von den Einrichtungen erbrachten Leistungen mit Krankenhausleistungen ist es sachgerecht, diese Pauschalen an die Fallpauschalen der Krankenhausvergütung anzulehnen. Satz 2 enthält die Konfliktlösung für den Fall, dass die Vereinbarung der Vertragsparteien nicht zustande kommt.

Zu § 23

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 in den §§ 21 und 22 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 schon wieder durchgeführt werden können, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Geltungsdauer der entsprechenden Regelungen und des Zuschlags zur pauschalen Finanzierung von Kostensteigerungen insbesondere für persönliche Schutzausrüstungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats einmalig um bis zu weitere sechs Monaten verlängern. Darüber hinaus kann das Bundesministerium für Gesundheit die Geltungsdauer, für die die Länder im Falle eines Engpasses an verfügbaren Krankenhauskapazitäten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die stationäre Behandlung von COVID-19 Infizierten bestimmen können, durch Rechtsverordnung ebenfalls einmalig um bis zu weitere sechs Monaten verlängern (Nummer 1).

Zudem kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung die Höhe des Zuschlags zur pauschalen Finanzierung von Kostensteigerungen, insbesondere für persönliche Schutzausrüstungen, erhöhen bzw. abweichend festlegen. Dies gilt auch für die tagesbezogene Pauschale, die zur Ermittlung des krankenhausindividuellen Ausgleichsbetrages durch die infolge COVID 19 bedingter Behandlungen freigehaltenen Betten erforderlich ist. Ferner kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung die Höhe des an die Krankenhäuser zu zahlenden Betrages in Höhe von 50.000 Euro für die Schaffung oder Vorhaltung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit zur Versorgung von COVID-19-Patientinnen und Patienten erhöhen bzw. abweichend festlegen (Nummer 2).

Zu § 24

Da es sich bei den in den §§ 21 bis 23 vorgesehenen Maßnahmen, insbesondere bei der tagesbezogenen Pauschale nach § 21 Absatz 2 und der Pauschale für die Förderung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nach § 21 Absatz 5 um neue Instrumente handelt, sind ihre Auswirkungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser schwer abschätzbar. Um diese Auswirkungen besser abschätzen zu können und kurzfristig über gegebenenfalls bestehenden Nachsteuerungsbedarf entscheiden zu können, überprüft das Bundesministerium für Gesundheit zeitnah die Auswirkungen der neuen Regelungen zum 30. Juni 2020. Um eine möglichst umfassende Analyse dieser Auswirkungen zu ermöglichen, wird er hierbei von einem Beirat aus Vertreterinnen und Vertretern der Praxis unterstützt, die über besondere einschlägige Erfahrung verfügen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Leistungen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit der neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) - Infektion werden durch die Regelung im neuen Buchstaben f von der Erhebung des Fixkostendegressionsabschlags ausgenommen. Dies betrifft insbesondere Leistungen, bei denen der Kode U07.1! der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung kodiert wird. Darüber hinaus werden auch Leistungen ausgenommen, die bei einem Verdacht auf eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) erbracht werden. Krankenhäuser erhalten daher für diese Leistungen die volle Vergütung, auch wenn sie insoweit mehr Leistungen vereinbaren als für das vorangegangene Jahr.

Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass neben den Leistungen, bei denen der Kode U07.1! kodiert wird, auch andere Leistungen in erhöhtem Umfang zur Behandlung von Patientinnen und Patienten vereinbart werden müssen und die Krankenhäuser hierfür die volle Vergütung erhalten sollen, wird den Vertragsparteien vor Ort mit der Regelung im neuen Buchstabe g die Möglichkeit eingeräumt, weitere Leistungen vom Fixkostendegressionsabschlag auszunehmen. Die Vertragsparteien können mit dieser Möglichkeit auch in der Zukunft bei bestehendem Handlungsbedarf flexibel für einzelne Leistungen Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag vereinbaren. Damit wird eine Regelung wieder in Kraft gesetzt, die bereits in der Vergangenheit für den Mehrleistungsabschlag gegolten hat.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die außergewöhnliche Belastung der Krankenhäuser im Zusammenhang mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist nicht absehbar, in welchem Umfang sie für das Jahr 2020 Mehrleistungen im Vergleich zum Jahr 2019 vereinbaren müssen. Die Krankenhäuser sollen für die Mehrleistungen die volle Vergütung erhalten. Daher wird der Fixkostendegressionsabschlag für die Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2020 ausgesetzt. Für die Budgetverhandlungen des Jahres 2021 ist zu berücksichtigen, dass das Jahr 2020 ein Ausnahmejahr ist und keine repräsentative Ausgangsgrundlage für zukünftige Budgetverhandlungen bildet.

Zu Buchstabe b

Auf Grund einer Epidemie kann es notwendig sein, dass in einem Krankenhaus erheblich mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden als in der Budgetvereinbarung festgelegt. In solchen seltenen Ausnahmefällen soll das Krankenhaus die daraus entstehenden

Erlöse behalten können. Eine Epidemie kann jedoch auch dazu führen, dass in einem Krankenhaus im Vergleich zur Budgetvereinbarung weniger Patientinnen und Patienten behandelt werden. Dies betrifft zum Beispiel Krankenhäuser, die auf Grund ihrer regionalen Lage, ihres Versorgungsauftrags oder ihrer infrastrukturellen Ausstattung nicht oder nur in geringem Umfang an der Behandlung von Fällen mit der epidemisch ausgebreiteten Krankheit beteiligt sind und bei denen der Umfang der Behandlung anderer Fälle auf Grund der Epidemie gegenüber der Budgetvereinbarung zurückbleibt. Diese Krankenhäuser sollen vor negativen finanziellen Folgen einer Epidemie geschützt werden. Die Vertragsparteien vor Ort erhalten daher die Möglichkeit, bei Epidemien flexibel auf daraus entstehende Mehr- oder Mindererlöse zu reagieren und im Einzelfall sachgerechte Ausgleichssätze zu vereinbaren. Da Epidemien nicht vorhersehbar sind, können die Vertragsparteien – im Gegensatz zu den anderen Fällen, in denen sie im Voraus von den gesetzlichen Vorgaben abweichende Ausgleiche vereinbaren sollen – im Fall von Epidemien abweichende Ausgleiche auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums vereinbaren.

Zu Nummer 2 (§ 15)

Zu Buchstabe a

Der vorläufige Pflegeentgeltwert wird für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten ab dem 1. Mai 2020 auf 185 Euro erhöht. Damit wird die Liquidität der Krankenhäuser und die Möglichkeit zur Finanzierung von Pflegepersonal für eine steigende Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2 - Infektion zusätzlich gestärkt. Nach Vereinbarung des Pflegebudgets erfolgt im Falle einer Unterdeckung der Pflegepersonalkosten des Krankenhauses eine Spitzabrechnung, bei der die mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert erzielten Pflegeerlöse den vereinbarten tatsächlichen Pflegepersonalkosten gegenübergestellt werden. Bei einer Überdeckung der Pflegepersonalkosten erfolgt für das Jahr 2020 kein Ausgleich der überzahlten Mittel (siehe dazu auch Satz 3).

Zu Buchstabe b

Abweichend von der bisherigen Regelung zum Ausgleich von Mehr- oder Minderkosten bei der Finanzierung von Pflegepersonalkosten, die aus der Abrechnung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts anstelle eines zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts resultieren, wird auf Grund der im Jahr 2020 bestehenden Herausforderungen im Zusammenhang mit der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie eine Besserstellung der Krankenhäuser vorgenommen. Demnach werden Pflegepersonalkosten, die mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert nicht ausreichend finanziert werden, nach Nummer 1 vollständig ausgeglichen. Führt der vorläufige Pflegeentgeltwert zu einer Überdeckung der Pflegepersonalkosten, verbleiben diese Mittel nach Nummer 2 vollständig dem Krankenhaus. Auch mit der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 erfolgt in diesem Fall kein Ausgleich der zusätzlichen Mittel aus dem vorläufigen Pflegeentgeltwert. Sofern der vorläufige Pflegeentgeltwert über das Jahr 2020 hinaus weiter erhoben wird, sind für die Jahre ab 2021 die Mittel entsprechend der Regelungen nach Absatz 3 auszugleichen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 87a)

Mit der Regelung in § 87a Absatz 3b wird das Ziel verfolgt, vertragsärztliche Leistungserbringer vor einer zu hohen Umsatzminderung bei der Abrechnung extrabudgetärer vertragsärztlicher Leistungen zu schützen. Voraussetzung ist, dass die Minderung mehr als 10 Prozent des Gesamthonorars des Vorjahresquartals ausmacht (im Durchschnitt entspricht dies einem Betrag in Höhe von rund 5.600 Euro im Quartal) und in einem Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patienteninanspruchnahme in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet ist. Die

Ausgleichszahlung ist zu mindern, soweit der vertragsärztliche Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen (zum Beispiel kurzfristige Liquiditätshilfen für freie Berufe durch Kreditinstitute) erhält. Im Zusammenhang mit der Regelung in § 87b Absatz 2a wird durch die Ausgleichsregelung gewährleistet, dass die Fortführung der Arztpraxis auch im Falle einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses bei Fallzahlrückgängen durch eine reduzierte Patienteninanspruchnahme gesichert ist. Die an vertragsärztliche Leistungserbringer geleisteten Ausgleichszahlungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung von den Krankenkassen zeitnah zu erstatten. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Krankenkassen hierzu alle notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.

Zu Nummer 2 (§ 87b)

Die Regelung in § 87b Absatz 2a verfolgt das Ziel, dass bei einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Fallzahlrückgang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zeitnah geeignete Regelungen im Verteilungsmaßstab vorzusehen hat, um dem vertragsärztlichen Leistungserbringer die Fortführung der Wahrnehmung des Versorgungsauftrags zu ermöglichen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass der vertragsärztliche Leistungserbringer trotz der gefährdend rückläufigen Fallzahl aufgrund einer reduzierten Patienteninanspruchnahme Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars und des Fortbestands seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erhält. Darüber hinaus soll sichergestellt werden, dass die nach § 87a Absatz 3 Satz 1 mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen trotz vermindert abgerechneter Leistungsmengen, im regulären Umfang ausgezahlt werden können. Hintergrund ist, dass bei einer Verminderung der Fallzahlen bei vertragsärztlichen Leistungserbringern die Fallwerte und die Auszahlungsquoten grundsätzlich nicht zeitnah angepasst werden, da sich diese in der Regel an dem Niveau des Vorjahresquartals orientieren. In der Folge würde ein erheblicher Teil der mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nicht an die vertragsärztlichen Leistungserbringer verteilt und bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zurück gehalten werden. Im Zusammenhang mit der Regelung in § 87a Absatz 3b wird so gewährleistet, dass die Fortführung der Arztpraxis auch im Falle einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses bei Fallzahlminderungen durch eine reduzierte Patienteninanspruchnahme gesichert ist.

Zu Nummer 3 (§ 105)

Die durch das neuartige Corona-Virus (COVID-19) ausgelöste Pandemie führt zu einer enormen Herausforderung für die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland, weil der überwiegende Teil der Verdachts- und Erkrankungsfälle im ambulanten Bereich versorgt werden muss. Zudem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen maßgebliche Akteure bei der barrierefreien Information der Bevölkerung und der Patientensteuerung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes außerordentliche Maßnahmen ergreifen, um dieser Situation gerecht werden zu können, die zu zusätzlichen Kosten der Kassenärztlichen Vereinigungen führen, die über die üblicherweise von der Vertragsärzteschaft zu tragenden Kosten zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung hinausgehen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche Kosten, die dadurch entstehen, dass spezielle Zentren (wie zum Beispiel „Schwerpunktambulanzen“) eingerichtet werden, um Patientinnen und Patienten mit Atemwegserkrankungen vom übrigen Patientenklientel zu trennen, dass Dienste zur Erbringung von vermehrten Besuchsleistungen eingerichtet werden sowie die Terminservicestellen aufgrund einer erheblich höheren Inanspruchnahme über die Servicenummer 116117 personell ausgebaut werden. Während die vertragsärztliche Versorgung auch bei

auftretenden Epidemien und Pandemien durch spezifische Vergütungsregelungen sichergestellt ist, kann notwendiger zusätzlicher Finanzierungsbedarf zur befristeten Bereitstellung außerordentlicher Maßnahmen allein aus den den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der üblichen vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung stehenden Mitteln nicht gedeckt werden. Mit dem neuen Absatz 3 wird daher geregelt, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen diejenigen zusätzlichen Kosten zu erstatten haben, die zur Finanzierung der außerordentlichen Maßnahmen erforderlich sind, um die vertragsärztliche Versorgung während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes in der gebotenen Weise sicherzustellen. Die Regelung sieht eine Befristung vor, solange die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erfüllt sind, d.h. solange die Bundesregierung eine epidemische Lage von nationaler Bedeutung festgestellt und diese nicht aufgehoben hat. Satz 2 stellt klar, dass die von den Krankenkassen zu erstattenden zusätzlichen Kosten lediglich den Anteil des bestehenden zusätzlichen Finanzierungsbedarfs betreffen, der nicht bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigungen abgebildet ist oder durch die Gesamtvergütungen, über den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sowie über etwaige gesonderte Förderzahlungen der Krankenkassen finanziert wird. Im Hinblick auf schon getroffene Vereinbarungen und Beschlüsse kann es sein, dass die Kosten für die erforderlichen Maßnahmen höher liegen. Insofern ist mit Satz 3 eine Rückausnahme vorgesehen. Für den Zweck der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds werden die Aufwendungen der Krankenkassen im Rahmen der standardisierten Leistungsausgaben für den Risikostrukturausgleich berücksichtigt.

Zu Nummer 4 (§ 125)

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hatte der Gesetzgeber den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer verpflichtet, die bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung mit Wirkung zum 1. Juli 2020 zu schließen. Die aufgetretene durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie führt unter anderem dazu, dass die laufenden Verhandlungen über die Heilmittelverträge ausgesetzt wurden und sich dadurch der Abschluss der Verhandlungen verzögern wird. Hinzu kommt, dass die mit Beschluss vom 19. September 2019 geänderte Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erst zum 1. Oktober 2020 in Kraft tritt. Um den Verhandlungspartnern der Heilmittelverträge den notwendigen zeitlichen Verhandlungsspielraum zu geben, und um ein Auseinanderfallen des Inkrafttretens der Heilmittelverträge und der Heilmittel-Richtlinie zu vermeiden, sollen die Heilmittelverträge mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2020 geschlossen werden.

Zu Nummer 5 (§ 125a)

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hatte der Gesetzgeber den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgebliche Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer verpflichtet, die bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (sogenannte „Blankoverordnung“) mit Wirkung zum 15. November 2020 zu schließen. Die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 aufgetretene Pandemie führt unter anderem dazu, dass sich die laufenden Verhandlungen über die bundesweiten Heilmittelverträge nach § 125 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verzögern werden. Dies hat zur Folge, dass sich auch die zeitlich nachgelagerten Verhandlungen über die Verträge zur Blankoverordnung verschieben werden. Um den Verhandlungspartnern den notwendigen zeitlichen Spielraum zu geben, sind die Verträge zur Blankoverordnung erst bis zum 15. März 2021 zu schließen.

Zu Nummer 6 (§ 275b)

Zu Buchstabe a

Aufgrund der in Absatz 5 eingefügten Verordnungsermächtigung erfolgt eine entsprechende Ergänzung der Überschrift.

Zu Buchstabe b:

Zu Absatz 4

Während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie bringen die Qualitätsprüfungen nach § 275b Absatz 1 eine zusätzliche Infektionsgefahr für die Patientinnen und Patienten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegedienste sowie die Prüferinnen und Prüfer mit sich. Zudem binden die Prüfungen Pflegepersonal, das in der aktuellen Belastungssituation für die unmittelbare pflegerische Versorgung zur Verfügung stehen sollte. Daher werden die Regelprüfungen nach § 275b Absatz 1 bis einschließlich 30. September 2020 ausgesetzt. Die Verpflichtungen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, bei Leistungserbringern, die von Regelprüfungen nach Absatz 1 betroffen sind, diese Prüfungen durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen, werden damit zunächst bis einschließlich 30. September 2020 außer Kraft gesetzt.

Anlassprüfungen werden durch die Regelung nicht tangiert. Ob die Anlassprüfungen Vorort stattfinden können, sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Medizinischen Dienste in Absprache mit den lokalen Behörden, insbesondere den Gesundheitsämtern im Einzelfall entscheiden.

Zu Absatz 5

Derzeit ist die weitere Ausbreitung der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Infektionen und die damit verbundenen Auswirkungen sowie deren Tragweite noch nicht absehbar. Im Interesse einer flexiblen Handhabung wird das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingte Aussetzen der Regelprüfungen in Absatz 4 mit einer Verordnungs-Ermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit für den Fall verknüpft, dass das Risiko einer Virusinfektion fortbesteht oder erneut auftritt. Das in Absatz 4 geregelte Aussetzen der Regelprüfungen nach Absatz 1 kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates um jeweils bis zu einem halben Jahr, gegebenenfalls mehrfach, verlängert werden. Grundlage hierfür ist eine durch das Bundesministerium für Gesundheit jeweils rechtzeitig vor Fristablauf durchzuführende Risikobeurteilung

Zu Nummer 7 (§ 275c)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung wird die maximal zulässige Prüfquote für das Jahr 2020 auf 5 Prozent festgelegt. Vor dem Hintergrund eines möglichen massenhaften Anfalls stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten aufgrund von Erkrankungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) wird mit der Reduzierung der maximal zulässigen Prüfquote für das Jahr 2020 eine deutliche Entlastung der Krankenhäuser bei den Prüfungen, die durch die Krankenkassen eingeleitet und von den Medizinischen Diensten durchgeführt werden, erreicht. Um eine umfassende Entlastung der Krankenhäuser zu erreichen, gilt die reduzierte Prüfquote von fünf Prozent auch bereits für das erste Quartal 2020. Dabei ist davon ausgehen, dass diese Prüfquote im ersten Quartal noch nicht überschritten worden ist, da eine Prüfquote erst für Rechnungen aus dem Jahr 2020 eingeführt wurde, die Krankenkassen vier Monate Zeit für die Einleitung einer Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst haben und die Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst selbst in der Regel mindestens mehrere Wochen in Anspruch nimmt. Soweit Krankenkassen bereits mehr Prüfungen beim MD in Auftrag gegeben haben, als die auf 5 Prozent reduzierte Prüfquote erlaubt, sind diese Prüfaufträge von den einzelnen Krankenkassen zu stornieren.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Der im Jahr 2020 auf beanstandete Abrechnungen zu zahlende Aufschlag in Höhe von 10 Prozent, mindestens jedoch in Höhe von 300 Euro, wird gestrichen. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass in Folge der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) verursachten Pandemie in Krankenhäusern hohe Belastungen einerseits und Liquiditätsengpässe andererseits zu erwarten sind. Um auch im Bereich der Abrechnungsprüfungen eine Entlastung für die Krankenhäuser zu schaffen, wird auf die Erhebung von Aufschlägen in den Jahren 2020 und 2021 verzichtet. Dennoch sind die Krankenhäuser dazu angehalten, regelkonform abzurechnen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Ein Aufschlag auf durch den Medizinischen Dienst beanstandete Abrechnungen wird für die Krankenhäuser erst ab dem Jahr 2022 vorgesehen. Diese Änderung ist auf Grund der unter Doppelbuchstabe aa benannten Gründe erforderlich. Zudem wird der Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis zum 30. Juni 2021 erweitert, so dass spätestens ab dem Jahr 2022 erwartet werden kann, dass Krankenhäuser mehr Leistungen aus dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen ambulant statt stationär erbringen. Um die Förderung ambulanten Potenzials zu unterstützen und einen finanzwirksamen Anreiz für eine regelkonforme Abrechnung zu setzen, wird ein Aufschlag auf jede in Folge einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst beanstandete Abrechnung ab dem Jahr 2022 erhoben.

Zu Nummer 8 (§ 275d)

Zu Buchstabe a

Veranlasst durch die mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) verursachte Pandemie und die damit einhergehenden Belastungen aller mit der stationären Krankenhausbehandlung befassten Beteiligten wird die Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr verschoben. Daher ist die Bescheinigung erstmals für die Vereinbarung für das Jahr 2022 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Die Frist für die erste Übermittlung wird auf den 31. Dezember 2021 verschoben.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die sich aus der Verschiebung der Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr ergibt. Mit der Anpassung der Frist wird klargestellt, dass Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, die Leistungen ab dem Jahr 2022 nicht mehr vereinbaren und nicht mehr abrechnen dürfen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die sich aus der Verschiebung der Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr ergibt. Soweit Krankenhäusern die Bescheinigung aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen nicht bis zum 31. Dezember 2021 vorliegt, können diese bis zum Abschluss einer Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen.

Zu Nummer 9 (§ 283)

Die vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Strukturprüfung nach § 275d zu erlassende Richtlinie ist bis zum 28. Februar 2021 auf Basis des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 des Jahres 2021 erstmals zu erlassen und nicht wie bisher vorgesehen bis zum 30. April 2020. Es handelt sich um eine

Folgeänderung, die sich aus der Verschiebung der Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr ergibt.

Zu Nummer 10 (§ 327)

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die sich aus der Verschiebung des Termins für die vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Strukturprüfung nach § 275d zu erlassende Richtlinie ergibt. Diese Richtlinie ist nunmehr bis zum 28. Februar 2021 zu erlassen.

Zu Nummer 11 (§ 330)

Die Regelung dient der Sicherung der Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser. Soweit Krankenhäuser ab dem 16. März 2020 planbare Operationen verschoben haben, verringert sich die Zahl der erbrachten und abrechenbaren Leistungen. Hierdurch gehen den Krankenhäusern liquide Mittel verloren, die sie für die Erfüllung ihrer finanziellen Verpflichtungen benötigen. Damit die Krankenhäuser gleichwohl zahlungsfähig bleiben, wird für einen begrenzten Zeitraum eine gesetzliche Zahlungsfrist von fünf Tagen für die bis zum 31. Dezember erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen vorgegeben.

Zu Artikel 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, mit denen die Inhaltsübersicht an die geänderten Regelungen angepasst wird.

Zu Nummer 2 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Die Arbeit der Institutionen und Einrichtungen, die Beiträge zum siebten Pflegebericht zu erbringen haben, muss sich im Jahr 2020 auf die Bewältigung der Auswirkungen des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland fokussieren. Die Veröffentlichung des bis Ende 2020 vorgesehenen siebten Pflegeberichts für den Zeitraum 2016 bis 2019 wird deshalb auf das Jahr 2021 verschoben. Der Berichtszeitraum bleibt unverändert.

Zu Buchstabe b

Aufgrund der prioritären Arbeit im Jahr 2020 zur Bewältigung der Auswirkungen des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland wird die Frist für die Berichterstattung zur Investitionskostenförderung der Länder an das Bundesministerium für Gesundheit auf den 31. Dezember 2020 verschoben.

Zu Nummer 3 (§ 113b)

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde der Qualitätsausschuss Pflege geschaffen und vom Gesetzgeber u.a. damit beauftragt, neue Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären sowie von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung von unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen entwickeln zu lassen. Nach der bundesweiten Einführung der neuen Qualitätssysteme sollen diese wissenschaftlich evaluiert werden. Zur Unterstützung des Qualitätsausschusses Pflege haben die Vertragsparteien gemäß § 113b Absatz 6 für die Dauer von fünf Jahren eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle eingerichtet.

Nicht alle gesetzlichen Aufträge des Qualitätsausschusses nach § 113b Absatz 4 wurden bis zum Frühjahr 2020 erfolgreich abgeschlossen. Darüber hinaus handelt es sich bei vielen

Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung um kontinuierlich zu bearbeitende Daueraufgaben. Aus diesem Grund ist die Beratung und Koordinierung des Qualitätsaus-schusses durch die qualifizierte Geschäftsstelle auch nach Ablauf der fünf Jahre noch notwendig. Die Befristung der Geschäftsstelle wird daher aufgehoben.

Zu Nummer 4 (§ 114b)

Die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten Auswirkungen bringen eine außergewöhnliche Belastung für die pflegerische Versorgung in Deutschland mit sich. In dieser Situation müssen alle vorhandenen personellen Kapazitäten der Pflegeeinrichtungen für die unmittelbare pflegerische Versorgung eingesetzt werden. Die im Oktober 2019 begonnene Einführung des neuen vollstationären Qualitätssystems ist insbesondere in der noch laufenden Einführungsphase mit einem gewissen Mehraufwand verbunden. Zur Entlastung der vollstationären Pflegeeinrichtungen in der akuten Pandemie-Situation werden daher die mit der Erhebung und Übermittlung der indikatorenbasierten Qualitätsdaten verbunden Fristen in § 114b Absatz 1 und 2 um jeweils sechs Monate verschoben. Die Einführungsphase endet nun am 31. Dezember 2020. Bis dahin sollen alle vollstationären Pflegeeinrichtungen eine Datenerhebung durchgeführt und an die Datenauswertungsstelle übermittelt haben. Die Veröffentlichung der Qualitätsdaten gemäß Qualitätsdarstellungsvereinbarung beginnt erst mit den ab dem 1. Januar 2021 durchzuführenden Datenerhebungen.

Zu Nummer 5 (§ 114c)

Die in § 114c Absatz 1 Satz geregelte mögliche Abweichung des Prüfrhythmus gilt ab dem 1. Juli 2021. Dies ist eine notwendige Folgeänderung zu den neu geregelten Fristen in § 114b, denn die Bestimmung eines hohen Qualitätsniveaus ist erst ab Vorliegen der Ergebnisse der zweiten Datenerhebungen möglich.

Die mit der Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen aus § 114c Absatz 3 verbundenen Fristen werden um jeweils sechs Monate verschoben. Da die Berichte die Erfahrungen der Pflegekassen mit dem neuen stationären Qualitätssystem zum Inhalt haben, müssen sie auf den Einführungsprozess angepasst sein. Insofern handelt es sich um eine Folgeänderung zu den neu geregelten Fristen in § 114b.

Zu Nummer 6 (Zu Dritter Abschnitt (Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie))

Zu § 147 (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18)

Zu Absatz 1

Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit erfolgt grundsätzlich durch eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person. Um die vulnerable Personengruppe der Pflegebedürftigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen, werden davon abweichend bis einschließlich 30. September 2020 Gutachten aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen (Aktenlage) erstellt. Zugleich haben die Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad nach Möglichkeit die Versicherten, deren Bevollmächtigte und rechtliche Betreuer sowie deren Angehörige und sonstige zur Auskunft fähige Personen (wie beispielsweise Ärzte des Antragstellers, Mitarbeitende des bisherigen Pflegedienstes, Nachbarn) telefonisch oder digital zu befragen (strukturierte Interviews) und die eingeholten Auskünfte sowie für den konkreten Fall einzuholende Unterlagen zu berücksichtigen. Die Vorgaben für die Pflegebegutachtung im Übrigen bleiben unberührt. Die inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten zu den strukturierten Interviews bestimmt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste.

Zu Absatz 2

Mit der Regelung wird die Durchführung von Wiederholungsbegutachtungen bis einschließlich 30. September 2020 ausgesetzt.

Mit den Regelungen in Absatz 1 und 2 sollen Infektionsrisiken für die Antragsteller und Antragstellerinnen sowie für die Gutachter und Gutachterinnen deutlich reduziert werden. Zugleich wird personellen Engpässen bei den Medizinischen Diensten entgegengewirkt und darüber hinaus die Möglichkeit eröffnet, dass freies ärztliches und pflegerisches Personal der Medizinischen Dienste bei dringendem Bedarf Gesundheitsämter, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen personell unterstützen kann. Die Medizinischen Dienste haben hierzu ihre Bereitschaft erklärt.

Zu Absatz 3

Um das aktuell hohe Infektionsrisiko bei pflegebedürftigen Personen herabzusetzen und darüber hinaus sowohl die Pflegekassen als auch die Medizinischen Dienste personell zu entlasten, wird die 25-Arbeitstagefrist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 bis einschließlich 30. September 2020 ausgesetzt. Für die Leistungsgewährung sind wie bisher der Tag der Antragstellung und das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen maßgebend.

Ziel der Regelung ist es, die gegenwärtig für alle antragstellenden Personen geltende Regelung, dass der Bescheid der Pflegekasse innerhalb von 25 Arbeitstagen erteilt werden muss, auf diejenigen Fälle zu konzentrieren, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht. Antragssituationen, für die eine verkürzte Frist gilt (§ 18 Absatz 3 Satz 3 bis 5), bleiben hiervon unberührt.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, für die Klärung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bundeseinheitliche Kriterien und Anwendungshinweise festzulegen. Kriterien, die in diesem Zusammenhang Bedeutung haben, sind einerseits inhaltlicher Art und nehmen andererseits Bezug auf bestimmte Verfahrens- und Antragssituationen: Bevorzugung von Erstanträgen mit Antrag auf ambulante Sachleistungen, sich schnell verschlechternder Krankheitsverlauf, nicht sichergestellte Pflege, Bearbeitung von Widerspruchsgutachten, geplante Anträge auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit oder Anträge auf eine Begutachtung von Kindern. Darüber hinaus wird ergänzend geregelt, dass der Umgang mit dieser Regelung in der in § 18 Absatz 3b bestehenden Berichtspflicht aufgegriffen wird.

Zu Absatz 4

Bei der Änderung in Absatz 2b handelt sich um eine Folgeänderung zu der im Absatz 3 bestimmten Beschränkung der Geltung der 25-Arbeitstagefrist auf diejenigen Anträge, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht. Durch die Verpflichtung zur Benennung unabhängiger Gutachter soll sichergestellt werden, dass in Fällen mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf zeitnah eine Begutachtung stattfinden kann. Im Übrigen entfällt die Verpflichtung im genannten Zeitraum.

Zu Absatz 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der in Absatz 3 bestimmten Beschränkung der Geltung der 25-Arbeitstagefrist. Es wird klargestellt, dass die Regelung zur Zahlung eines Betrages in Höhe von 70 Euro bei Fristüberschreitung durch die Pflegekasse an den Antragsteller bis einschließlich 30. September 2020 nicht angewendet wird.

Ungeachtet der übergangsweise geänderten Regelungen hinsichtlich der 25-Arbeitstagefrist (Bearbeitungsfrist) stellen die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste sicher, dass

Verzögerungen im Verfahrensablauf so wenig wie möglich entstehen. Wiederholungsbegutachtungen werden durch Absatz 2 ausgesetzt.

Zu § 148 (Beratungsbesuche nach § 37)

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, haben bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal und bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen und gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen nachzuweisen. Die Beratung erfolgt in der Regel durch einen zugelassenen Pflegedienst. Nach § 37 Absatz 3 dient die Beratung der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Rufen Pflegebedürftige die Beratung nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen (§ 37 Absatz 6).

Um die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen und um das vorhandene Pflegekräfteangebot auf die Sicherstellung der Versorgung hin zu konzentrieren, soll das Pflegegeld im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 30. September 2020 bezogen werden können, ohne dass ein Beratungseinsatz abgerufen werden muss.

Es ist erforderlich, dass die Pflegegeldbezieher von der Ausnahmeregelung kurzfristig Kenntnis erlangen, um von ihr Gebrauch machen zu können. Daher werden die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet, die Ausnahmeregelung kurzfristig bekannt zu machen.

Die Regelung schließt die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Beratung nicht aus.

Zu § 149 (Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege)

Nach § 42 Absatz 4 Satz 1 besteht ein Anspruch auf Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Um besonderen Belastungen aufgrund der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie gerecht zu werden, sollen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Kurzzeitpflege auch ohne Erfüllung dieser Voraussetzung erbringen können. Bis einschließlich 30. September 2020 soll der Anspruch auf Kurzzeitpflege daher auch in Einrichtungen bestehen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, ohne dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird.

Die Vergütung soll sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der jeweiligen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung richten. Das vermeidet langwierige und streitanfällige Vergütungsverfahren und dient dem Ziel, möglichst kurzfristig vorhandene Versorgungskapazitäten zu nutzen.

Zu § 150 (Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige)

Zu Absatz 1

Oberste Priorität im Leistungserbringerrecht hat die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen. Deshalb werden alle nach diesem Buch zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, bei einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 diese umgehend gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen. Hierbei genügt die Anzeige gegenüber einer als Partei des Versorgungsvertrages ausgewiesenen Pflegekasse, beispielsweise der federführenden Pflegekasse bei der Zulassung. Wesentliche Beeinträchtigungen

der Leistungserbringung können sein: z.B. nicht kompensierbare krankheits- oder quarantänebedingte Ausfälle des Personals der Pflegeeinrichtung, ein höherer Aufwand bei der Versorgung von durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 erkrankten Pflegebedürftigen, pandemiebedingte Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung oder auch erhöhte Anforderungen durch eine behördlich angeordnete Isolation bzw. Quarantäne.

Ziel der unmittelbaren Information an die Pflegekassen ist, dass diese als Vertragspartei der Zulassung zusammen mit den betreffenden Pflegeeinrichtungen für den Einzelfall in der aktuellen Situation prüfen müssen, ob die pflegerische Versorgung der den Pflegeeinrichtungen anvertrauten Pflegebedürftigen sichergestellt ist oder welche individuelle Maßnahmen und Lösungen vor Ort erforderlich sind. Dieses hat in Abstimmung mit den weiteren zuständigen Stellen wie den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und den Gesundheitsämtern zu erfolgen. Dabei kann insbesondere von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Personalausstattung für die Aufrechterhaltung der weiteren Versorgung der Pflegebedürftigen abgewichen werden.

Zur möglichst schnellen Reaktion auf die besonderen Erfordernisse vor Ort sollen die Pflegekassen mit den Pflegeeinrichtungen alle bestehenden Instrumente des Vertragsrechts wie insbesondere Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Absatz 2 Satz 1 nutzen. Hierbei können zulassungsrechtliche Voraussetzungen einschließlich der Vorgaben aus den Landesrahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 75 vorübergehend zweckgerichtet eingeschränkt werden. Dadurch wird u.a. ein flexibler Einsatz des Personals in anderen Versorgungsbereichen nach den Erfordernissen vor Ort gewährleistet. Es bedarf hier angesichts der dynamischen Lage keiner langwierigen schriftlichen Verfahren. Hiervon könnten insbesondere Tagespflegeeinrichtungen profitieren, die durch Schaffung eines weiteren Versorgungsbereiches, z.B. eines ambulanten Pflegedienstes, bei sinkender Auslastung frei werdende Personalkapazitäten für die Versorgung von Pflegebedürftigen wie den bisherigen Tagespflegegästen in ihrer Häuslichkeit einsetzen könnten. Ebenso besteht für vom Nachfragerückgang betroffene Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, das Personal durch Kooperationen zwischen zugelassenen Pflegeeinrichtungen bedarfsgerecht einzusetzen. Darüber hinaus unterliegen trägerübergreifende Personalüberlassungen nach dem Pflegeversicherungsrecht zulassungsrechtlich keinen Beschränkungen. Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung können auch Betreuungskräfte für die Leistungen nach § 43b in von den Richtlinien nach § 53c abweichenden Bereichen eingesetzt werden und abweichende Aufgaben wahrnehmen.

Sofern Pflegeeinrichtungen vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits ihre Betroffenheit wegen des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bereits gegenüber den Pflegekassen mitgeteilt haben, ist keine erneute Anzeige erforderlich.

Zu Absatz 2

Von der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie betroffene Pflegeeinrichtungen erhalten einen Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber der Pflegeversicherung für ihre außerordentlichen Aufwendungen und Mindereinahmen, die im Rahmen ihrer Leistungserbringung einschließlich Leistungen für Unterkunft und Verpflegung entstehen. Ausgenommen sind Positionen, die anderweitig (z.B. über Kurzarbeitergeld, Entschädigung über Infektionsschutzgesetz) finanziert werden. Eine Doppelfinanzierung ist hierbei auszuschließen. Dieser Anspruch besteht unabhängig von einer Anzeige nach Absatz 1. Dabei ist es für den Anspruch zudem unerheblich, ob die zugelassene Pflegeeinrichtung eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen abgeschlossen oder darauf verzichtet hat.

Zu den außerordentlichen Aufwendungen im Rahmen der Leistungserbringung gehören insbesondere solche im Zusammenhang mit den infektionshygienischen Schutzvorkehrungen der Mitarbeitenden (Einmalmaterial, Desinfektionsmittel) oder zusätzliche Personalauf-

wendungen für Ersatzpersonal oder Mehrarbeitsstunden, wenn Ausfälle von krankheits- oder quarantänebedingt abwesendem Personal kompensiert werden müssen. Ebenso können Einrichtungen von pandemiebedingten Mindereinnahmen betroffen sein, wenn z.B. Tagespflege- oder Kurzzeitpflegegäste ihre geplanten Aufenthalte in Einrichtungen dauerhaft absagen oder Kunden ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste ihre Leistungsinanspruchnahme zum Zwecke der sozialen Distanzierung reduzieren. Hieraus können für die Pflegeeinrichtungen wirtschaftlich schwierige Situationen entstehen bis hin zur Gefahr einer Insolvenz, die es hinsichtlich der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu vermeiden gilt.

Für das Erstattungsverfahren ist vorgesehen, dass die Pflegeeinrichtungen zum Monatsende ihren Anspruch bei einer Pflegekasse geltend machen können, die Partei des Versorgungsvertrages ist. Für die Auszahlung der Erstattung ist vorgegeben, dass diese insgesamt über eine Pflegekasse an die Einrichtung innerhalb von 14 Kalendertagen zu erfolgen hat, damit eine Vorfinanzierung der Pflegeeinrichtung zeitlich auf maximal sechs Wochen begrenzt wird. Davon unabhängig können Pflegeeinrichtungen mehrere Monate in ihrem Antrag zusammenfassen.

Für zugelassene Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 abgeschlossen haben, wird ausdrücklich im Gesetz die Möglichkeit zur Neuverhandlung vor Ablauf der Laufzeit der geltenden Pflegesatz- bzw. Vergütungsvereinbarung wegen der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten Veränderungen ausgeschlossen, da mit dem in Absatz 2 Satz 1 vorgesehenen Erstattungsantrag die Pflegeversicherung die entstehenden Kosten vollständig übernimmt. Insofern werden Pflegebedürftige und die zuständigen Sozialhilfeträger mit diesen Kosten nicht belastet.

Angesichts der hohen Priorität der Versorgungssicherstellung wird während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten Lage ausdrücklich angeordnet, dass die Pflegekassen bei Unterschreitungen der in den Pflegeeinrichtungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten Personalausstattung kein Vergütungskürzungsverfahren nach § 115 Absatz 3 Satz 1 durchzuführen haben.

Zu Absatz 3

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, unverzüglich, möglichst zum Inkrafttreten der Regelung das Erstattungsverfahren in den einzelnen Bundesländern einschließlich Fragen zu erforderlichen Nachweisen möglichst einheitlich und praktikabel zu regeln. Um das gesetzgeberische Ziel einer schnellen finanziellen Entlastung von betroffenen Pflegeeinrichtungen wirksam umzusetzen, sind hierbei einfache Belege für die zur Erstattung beantragten Aufwendungen und Mindereinahmen vorzusehen. Die getroffenen Festlegungen des Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfordern die Zustimmung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Um über die Ausgabenentwicklung einschließlich der Dynamik im weiteren zeitlichen Verlauf Kenntnis zu erhalten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig hierüber zu berichten.

Zu Absatz 4

Ambulante Pflegedienste erbringen in der Regel Pflegesachleistungen nach dem SGB XI und Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V. Daher werden die Kosten der Erstattung nach Absatz 2 aufgeteilt auf die Soziale Pflegeversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, § 106b Absatz 2 Satz 2 und 3 findet entsprechende Anwendung. Die Regelung zur Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an der Finanzierung der Maßnahmen orientiert sich an den entsprechenden Vorschriften für die Fördermaßnahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes und ermöglicht eine unbürokratische Abwicklung.

Zu Absatz 5

Den Pflegekassen wird ein weiter Gestaltungsspielraum zur Vermeidung von pflegerischen Versorgungslücken in der häuslichen Versorgung eingeräumt. Sie sollen diesen abgestuft nutzen können: Je größer die Versorgungsprobleme werden, desto unbürokratischer soll die Versorgung möglich sein. Vorrangig ist auf Leistungserbringer, die von Pflegefachkräften geleitet werden zurück zu greifen insbesondere Tagespflegeeinrichtungen, die wegen des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 geschlossen werden mussten. Sodann ist auf andere Leistungserbringer, wie Betreuungsdienste, andere medizinische Leistungserbringer und zuletzt auf Nachbarinnen und Nachbarn zurück zu greifen. Für die häusliche Versorgung durch Angehörige und vergleichbar Nahestehende sieht das Recht der Pflegeversicherung die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Pflegegeldleistung vor. Dies soll nicht geändert werden.

Die Frage, welche Vergütungssätze im Rahmen der Kostenerstattung berücksichtigungsfähig sind, steht im Ermessen der Pflegekassen und sollte auch Gegenstand der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sein. Die Vergütungssätze sollten entsprechend der jeweils in Anspruch genommenen Leistung abgestuft sein (z.B. für eine Tagespflegeeinrichtung oder für ambulante Pflegedienste jeweils in Anlehnung an mit den Kassen vereinbarte Vergütungssätze).

Die Widerrufsmöglichkeit besteht insbesondere für den Fall, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht angemessen erfolgt.

Die Empfehlungen sollen insbesondere auch mögliche Auflagen und Bedingungen, die in Kostenübernahmezusagen enthalten sein können, und Aussagen zur Vergütungshöhe sowie zur Qualitätssicherung enthalten. Dazu können regelmäßige telefonische Kontakte mit den Pflegebedürftigen, Angehörigen oder Betreuern gehören.

Zu Absatz 6

Die Regelungen der Absätze 1 bis 5 sind bis einschließlich 30. September befristet.

Zu § 151 (Qualitätsprüfungen nach § 114)

Aufgrund des sich verbreitenden neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bringen die Qualitätsprüfungen nach § 114 eine zusätzliche Infektionsgefahr für die Pflegebedürftigen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeinrichtungen sowie die Prüferinnen und Prüfer mit sich. Zudem binden die Prüfungen Pflegepersonal, das in der aktuellen Belastungssituation für die unmittelbare pflegerische Versorgung benötigt wird. Aus den genannten Gründen werden die Regelprüfungen nach § 114 bis zum 30. September 2020 ausgesetzt. Die Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen, für jede zugelassene Pflegeeinrichtung Prüfungen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr zu veranlassen, wird damit für das Jahr 2020 außer Kraft gesetzt. Ebenfalls außer Kraft gesetzt wird damit die Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen, für alle vollstationären Einrichtungen mindestens einmal zwischen dem 1. November 2019 und dem 31. Dezember 2020 eine Prüfung zu veranlassen. Durch die Aussetzung der Qualitätsprüfungen ist mit vorübergehend freiwerdenden Personalkapazitäten der Medizinischen Dienste zu rechnen. Die Medizinischen Dienste haben ihre Bereitschaft erklärt, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit medizinischer oder pflegerischer Qualifikation ohne Kosten- oder Aufwendungsersatz an Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser oder Gesundheitsämter abzustellen.

Anlassprüfungen werden durch die Regelung nicht tangiert. Ob die Anlassprüfungen in Form einer Begehung der Pflegerichtung oder der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen stattfinden können, sollen die Landesverbände der Pflegekassen und die Medizinischen Dienst in Absprache mit den lokalen Behörden, insbesondere den Gesundheitsämtern im Einzelfall entscheiden.

Zu § 152 (Verordnungsermächtigung)

Derzeit ist die weitere Ausbreitung der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Infektionen und die damit verbundenen Auswirkungen und deren Tragweite noch nicht absehbar. Im Interesse einer flexiblen Handhabung werden die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten Änderungen nach den §§ 147 bis 151 mit einer Verordnungs-Ermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit für den Fall verknüpft, dass das Risiko einer Virusinfektion fortbesteht oder erneut auftritt. Die Regelungen können mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung insgesamt oder einzeln um jeweils bis zu einem halben Jahr, gegebenenfalls mehrfach, verlängert werden. Grundlage hierfür ist eine durch das Bundesministerium für Gesundheit jeweils rechtzeitig vor Fristablauf durchzuführende Risikobeurteilung.

Zu Artikel 5 (Änderungen des Bundesausbildungsförderungsgesetzes)

Die Änderung soll unerwünschte Leistungskürzungen in den Fällen vermeiden, in denen nach dem BAföG geförderte Auszubildende - etwa im Medizinstudium oder in einer schulischen Gesundheitsberufsausbildung - während eines bereits laufenden Bewilligungszeitraums vergütete Einsatztätigkeiten zur Bekämpfung der aktuellen Corona-Pandemie in oder für Einrichtungen aufnehmen, die der medizinischen Behandlung oder Versorgung oder der Pflege dienen. Nach der derzeitigen Fassung des § 53 würde es zur Anrechnung auf BAföG-Leistungen auch während der Monate des Bewilligungszeitraums kommen, in der die Tätigkeit noch gar nicht aufgenommen oder bereits wieder beendet worden ist. Dies soll durch den neuen Absatz 2 vermieden werden.

Zu Artikel 6 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Änderungen in Artikel 3 Nummer 1 bis 3 sollen nur befristet bis einschließlich 31. Dezember 2020 gelten. Um diese Änderungen wieder zu beseitigen wird zum 1. Januar 2021 daher das Gesetz erneut geändert und die entsprechenden Änderungen aufgehoben.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.