

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung

(COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung – COVID-19-VSt-SchutzVO)

A. Problem und Ziel

Die COVID-19-Epidemie hat infolge behördlicher Anweisungen mit der Aufforderung, soziale Kontakte und mögliche Infektionsorte zu vermeiden, erhebliche wirtschaftliche Folgen für die Einrichtungen des Gesundheitswesens. Für Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie im Bereich der Pflege wurden mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 Vorkehrungen zum Ausgleich von Einnahmeausfällen beschlossen. Neben diesen Leistungserbringern, die direkt mit der Versorgung von COVID-19 Patientinnen und Patienten betraut sind, sind andere Leistungserbringer von erheblichen Fallzahlrückgängen betroffen, weil Leistungen nicht mehr erbracht werden können oder verschoben werden. Damit drohen Insolvenzen, die die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in den betroffenen Leistungsbereichen auch über die COVID-19-Epidemie hinaus infrage stellen. Bei der Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch sind durch die weltweit gestiegene Nachfrage zum Teil erhebliche Preissteigerungen feststellbar, die die Versorgung mit derartigen Produkten im häuslichen Bereich beeinträchtigen.

B. Lösung

Zur Sicherung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Praxen in den Bereichen der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Heilmittelversorgung werden die Zahlungen, die die Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten leisten, in angemessener Höhe fortgeführt. Dazu erfolgt eine prozentuale Anknüpfung an die von den Krankenkassen im Jahr 2019 gezahlten Vergütungen. Die Regelungen werden nach den Besonderheiten der jeweiligen Leistungsbereiche ausgestaltet:

Im vertragszahnärztlichen Bereich gilt für die von den Krankenkassen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu entrichtenden Gesamtvergütungen überwiegend das Prinzip der Einzelleistungsvergütung. In der Folge führt ein deutlicher Rückgang der von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungsmenge dazu, dass sich die Gesamtvergütung in entsprechendem Umfang reduziert. Vergleichbares gilt für Gesamtvergütungen, die auf Grundlage von Fallpauschalen oder von Pauschalen für behandelte Patientinnen und Patienten abgerechnet werden. Um die infolge der COVID-19-Epidemie stattfindenden Umsatzrückgänge in den Zahnarztpraxen zu begrenzen und zu erwartende Liquiditätsgapen zu überbrücken, werden die für 2020 zu leistenden Gesamtvergütungen auf 90 Prozent der in 2019 erfolgten Zahlungen festgeschrieben. In Anspruch genommene Einzelleistungen werden weiterhin mit den für 2020 vereinbarten Punktwerten vergütet. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass im vertragszahnärztlichen Bereich die Inanspruchnahme von Leistungen während der COVID-19-Epidemie vielfach nur aufgeschoben wird. Im Anschluss an die COVID-19-Epidemie werden Nachholeffekte insbesondere die Nachfrage

nach Zahnersatz antreiben. Vor diesem Hintergrund sind die von den Krankenkassen im Jahr 2020 geleisteten Überzahlungen von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Folgejahren 2021 und 2022 vollständig auszugleichen.

Hingegen können im Bereich der Heilmittelversorgung während der COVID-19-Epidemie nicht erbrachte Behandlungen in der Regel nicht nachgeholt und die damit verbundenen Umsatzeinbußen von den Leistungserbringern selbst nicht ausgeglichen werden. Deshalb wird in diesem Leistungsbereich an jeden zugelassenen Leistungserbringer eine einmalige nicht rückzahlbare Ausgleichszahlung in Höhe von 40 Prozent des im vierten Quartal 2019 mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abgerechneten Vergütungsvolumens geleistet. Die Ausgleichszahlungen werden aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Dabei wird davon ausgegangen, dass Heilmittelerbringer auch andere Unterstützungsmaßnahmen, wie die Soforthilfe für Solo-Selbstständige und Kleinstunternehmen und das Kurzarbeitergeld, in Anspruch nehmen.

Im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter haben die Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartige Einrichtungen einen erheblichen Rückgang in den Belegungszahlen zu verzeichnen oder mussten ihren Betrieb bereits gänzlich einstellen. Sie sind deshalb mit existenzbedrohenden Erlösausfällen konfrontiert. Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartige Einrichtungen erhalten deshalb wie stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 60 Prozent ihrer Einnahmeausfälle aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ersetzt.

Der monatliche Pauschalbetrag, den die Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel aufwenden dürfen, wird zeitlich befristet auf 60 Euro angehoben.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

a) Bund, Länder und Gemeinden

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich aus der Anhebung der Monatspauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel im Bereich der Beihilfe einmalige Mehrausgaben im Jahr 2020 von rund 2 Millionen Euro.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Zahlung von Gesamtvergütungen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in Höhe von 90 Prozent der Gesamtvergütungen des Jahres 2019 sinken die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für vertragszahnärztliche Behandlungen ohne Zahnersatz im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr um bis zu 1,15 Milliarden Euro. Soweit es zu Überzahlungen der Krankenkassen über die in 2020 tatsächlich erbrachten Leistungen hinaus kommt, werden diese in den Folgejahren 2021 und 2022 durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vollständig ausgeglichen.

Durch die Ausgleichszahlungen an die Heilmittelerbringer im Jahr 2020 ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe von rund 1 Milliarde Euro, die aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Diesen Mehrausgaben stehen erhebliche, nicht quantifizierbare Minderausgaben der gesetzlichen Krankenkassen durch geringere Abrechnungen von Heilmitteln gegenüber. Durch die Abrechnung einer Pauschale für Hygieneartikel im Zeitraum bis 30. September 2020 entstehen

den gesetzlichen Krankenkassen je 1 Million Heilmittelverordnungen Mehrausgaben in Höhe von 1,5 Millionen Euro.

Die mit den Ausgleichszahlungen für den Belegungsrückgang bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Väter verbundenen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung sind abhängig von der Anzahl nicht belegter Betten und daher nicht konkret quantifizierbar. Für je 10 Prozent Unterschreitung der Patientenzahlen für den Zeitraum bis 30. September 2020 ergeben sich Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages. Die Mehrausgaben werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

c) Soziale Pflegeversicherung

Durch die Anhebung der Monatspauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 60 Euro ergeben sich 55 Millionen Euro Mehrausgaben in sechs Monaten.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger wird kein Erfüllungsaufwand begründet, geändert oder aufgehoben.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Heilmittelerbringern entsteht ein geringer Erfüllungsaufwand durch die Antragstellung auf einen Ausgleichsbetrag bei der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen auf Landesebene nach § 124 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Den Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartigen Einrichtungen entsteht mit der Meldung ihres Ausgleichsanspruchs für ausgefallene Leistungen geringer Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Soweit der Ausgleichsmechanismus zur Stabilisierung der vertragszahnärztlichen Vergütungen zur Anwendung kommt, hat die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Anpassungen in ihrem Honorarverteilungsmaßstab vorzunehmen. Der daraus einmalig entstehende Erfüllungsaufwand für die jeweiligen Gesamtvertragspartner wird auf einen niedrigen vierstelligen Betrag geschätzt.

Erfüllungsaufwand entsteht für die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen auf Landesebene nach § 124 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch die Bearbeitung der Anträge auf die Ausgleichszahlung. Dessen Umfang ist abhängig von der jeweiligen Zahl der antragsberechtigten Leistungserbringer. Insgesamt ist bundesweit mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 500.000 Euro zu rechnen. Der den Krankenkassen entstehende Erfüllungsaufwand durch die Anweisungen der Ausgleichszahlung an die Leistungserbringer beträgt rund 135.000 Euro.

Für das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) entsteht Erfüllungsaufwand für die Abwicklung der Zahlungen zwischen BAS und den durch die Arbeitsgemeinschaften nach §

124 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Krankenkassen in Höhe von rund 10.000 Euro.

Dem BAS entsteht für die Abwicklung der Ausgleichszahlungen für Einrichtungen des Muttergenesungswerks und gleichartige Einrichtungen kein weiterer Erfüllungsaufwand. Für die Verwaltung der Länder oder – soweit die Aufgabe an eine federführende Krankenkasse delegiert wird – der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht geringfügiger weiterer Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe auf Grund der Sammlung und Prüfung der von den Einrichtungen angemeldeten Ausgleichsbedarfe für ausgefallene Behandlungen sowie die Abwicklung der Zahlungen.

F. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil von rund sieben Prozent an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen aus der Anhebung der Monatspauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel einmalige Mehrausgaben von rund 2 Millionen Euro.

Kosten, die über die aufgeführten Ausgaben und den genannten Erfüllungsaufwand hinausgehen, entstehen durch die Verordnung nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung

(COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung – COVID-19-VSt-SchutzVO)

Vom

Auf Grund des § 5 Absatz 2 Nummer 4 und 7 des Infektionsschutzgesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 4 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) neu gefasst worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte

(1) Zur Überbrückung der finanziellen Auswirkungen der in Folge der COVID-19-Epidemie verminderten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen wird die Gesamtvergütung vertragszahnärztlicher Leistungen abweichend von § 85 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2020 auf 90 Prozent der gezahlten Gesamtvergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen des Jahres 2019 als Abschlagszahlung festgesetzt, sofern nicht die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum ...[\[einfügen: Datum 28 Tage nach Inkrafttreten gemäß § 5\]](#) dem schriftlich widerspricht. Die Krankenkassen haben die nach Satz 1 anzupassenden Abschlagszahlungen an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung zu entrichten.

(2) Übersteigt die von den Krankenkassen an eine Kassenzahnärztliche Vereinigung gezahlte Gesamtvergütung nach Absatz 1 die im Jahr 2020 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung die dadurch entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen in den Jahren 2021 und 2022 vollständig auszugleichen. Das Nähere zu dem Ausgleich vereinbaren die Partner der Gesamtverträge nach § 83 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können in den Jahren 2020 bis 2022 im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab von § 85 Absatz 4 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abweichende Regelungen vorsehen, um die vertragszahnärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der Auswirkungen der COVID-19-Epidemie auf die vertragszahnärztliche Tätigkeit sicherzustellen.

(4) Soweit die vertragszahnärztliche Versorgung mit den Abschlagszahlungen nach Absatz 1 nicht sichergestellt werden kann, können die Partner der Gesamtverträge nach § 83 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2020 einvernehmlich Abschlagszahlungen bezogen auf den in den Festzuschussbeträgen nach § 55 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthaltenen Anteil für zahnärztliche Leistungen vereinbaren. Übersteigt die von den Krankenkassen an eine Kassenzahnärztliche Vereinigung geleistete Abschlagszahlung die im Jahr 2020 tatsächlich erbrachten zahnärztlichen Leistungen nach

Satz 1, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung die dadurch entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen im Jahr 2021 vollständig auszugleichen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft bis zum 15. Oktober 2020 die Auswirkungen der Regelungen in den Absätzen 1 bis 4 auf die wirtschaftliche Situation der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.

§ 2

Ausgleichszahlungen an Heilmittelerbringer

(1) Nach § 124 Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Leistungserbringer erhalten für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 auf Antrag eine Ausgleichszahlung für die Ausfälle der Einnahmen, die ihnen auf Grund eines Behandlungsrückgangs in Folge der COVID-19-Epidemie entstehen, sofern die Zulassung des Leistungserbringers zum Zeitpunkt der Antragstellung nach Absatz 3 besteht.

(2) Die Ausgleichszahlung wird als Einmalzahlung gewährt. Sie beträgt:

1. für einen Leistungserbringer, der bis zum 30. September 2019 zugelassen worden ist, 40 Prozent der Vergütung, die der Leistungserbringer im vierten Quartal 2019 für Heilmittel im Sinne des § 32 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegenüber den Krankenkassen abgerechnet hat, einschließlich der von den Versicherten geleisteten Zuzahlung,
2. für einen Leistungserbringer, der im Zeitraum vom 1. Oktober 2019 bis zum 31. Dezember 2019 zugelassen worden ist, 40 Prozent der Vergütung, die der Leistungserbringer im vierten Quartal 2019 für Heilmittel im Sinne des § 32 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegenüber den Krankenkassen abgerechnet hat, einschließlich der von den Versicherten geleisteten Zuzahlung, mindestens 4500 Euro,
3. für einen Leistungserbringer, der im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 30. April 2020 zugelassen worden ist, 4500 Euro,
4. für einen Leistungserbringer, der im Zeitraum vom 1. Mai 2020 bis zum 31. Mai 2020 zugelassen worden ist, 3000 Euro und
5. für einen Leistungserbringer, der im Zeitraum vom 1. Juni 2020 bis zum 30. Juni 2020 zugelassen worden ist, 1500 Euro.

Eine Anrechnung finanzieller Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erfolgt nicht.

(3) Der Antrag auf Gewährung der Ausgleichszahlung ist von dem Leistungserbringer bei der für ihn zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu stellen. Der Antrag kann nur in dem Zeitraum vom ...[einfügen: Datum 15 Tage nach Inkrafttreten gemäß § 5] bis zum Ablauf des 30. Juni 2020 gestellt werden. Die Krankenkassen haben die Arbeitsgemeinschaften bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen; insbesondere haben sie die Ausgleichszahlungen an die Leistungserbringer anzuweisen. Das Nähere zum Antragsverfahren und zur Anweisung der Ausgleichszahlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum ...[einfügen: Datum 10 Tage nach Inkrafttreten gemäß § 5].

(4) Für die Berechnung der Ausgleichszahlungen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 sind die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 84 Absatz 7 in Verbindung

mit Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegenden Daten für das vierte Quartal 2019 zugrunde zu legen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fasst die für die Berechnung der Ausgleichszahlung erforderlichen Daten leistungserbringerbezogen zusammen und übermittelt diese Daten bis zum ...[einfügen: Datum 14 Tage nach Inkrafttreten gemäß § 5] an die jeweils zuständige Arbeitsgemeinschaft. Hierfür hat er die leistungserbringerbezogenen Daten nicht pseudonymisiert zu verwenden. Die leistungserbringerbezogenen Daten darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nur übermitteln, soweit dies für die Berechnung der Ausgleichszahlung und für die Zuordnung zu der zuständigen Arbeitsgemeinschaft erforderlich ist. Die zuständige Arbeitsgemeinschaft darf von den ihr nach Satz 2 in Verbindung mit Satz 4 übermittelten Daten nur die Daten verarbeiten, die sich auf Leistungserbringer beziehen, die bei ihr einen Antrag gestellt haben. Die Übermittlung von arzt- oder versichertenbezogenen Daten durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist untersagt. Das Nähere zur Datenübermittlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Arbeitsgemeinschaften und dem Bundesamt für Soziale Sicherung bis zum ...[einfügen: Datum 5 Werktage nach Inkrafttreten gemäß § 5] die voraussichtliche Summe der Ausgleichszahlungen für das jeweilige Bundesland auf Grundlage der Daten nach Absatz 4 Satz 1.

(6) Jede Arbeitsgemeinschaft übermittelt wöchentlich die Summe der an die Leistungserbringer anzuweisenden Ausgleichszahlungen an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt den Betrag nach Satz 1 unverzüglich an eine von der Arbeitsgemeinschaft benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die Leistungserbringer aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Auf Antrag einer Arbeitsgemeinschaft zahlt das Bundesamt für Soziale Sicherung Abschlagszahlungen in Höhe von bis zu 30 Prozent der voraussichtlichen Summe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 5 an eine von der Arbeitsgemeinschaft benannte Krankenkasse. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der Beträge und der Zahlungen einschließlich der Abschlagszahlungen.

(7) Zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Epidemie, insbesondere für persönliche Schutzausrüstung der Leistungserbringer, können die Leistungserbringer nach Absatz 1 für jede Heilmittelverordnung, die sie in dem Zeitraum vom ...[einfügen: Datum Inkrafttreten gemäß § 5] bis einschließlich 30. September 2020 abrechnen, einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 1,50 Euro gegenüber den Krankenkassen geltend machen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat hierzu kurzfristig eine für alle Heilmittelbereiche bundeseinheitliche Positionsnummer festzulegen.

(8) Die Arbeitsgemeinschaften übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. August 2020 eine anonymisierte Aufstellung der an die Leistungserbringer angewiesenen Ausgleichszahlungen.

§ 3

Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nach § 111d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für Ausfälle der Einnahmen erhalten, die seit dem 16. März 2020 dadurch entstehen, dass Betten nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der COVID-19-Epidemie geplant war, sind auch solche Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht.

§ 4

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch

Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen ab dem 1. April 2020 abweichend von § 40 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch monatlich den Betrag von 60 Euro nicht übersteigen. Dieser Betrag stellt zugleich die Vergütung dar, die ein Leistungserbringer für die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln monatlich höchstens beanspruchen kann, ohne dass es insofern einer Änderung der Verträge nach § 78 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bedarf. Die Sätze 1 und 2 sind vorbehaltlich des Fortbestehens der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nur solange anzuwenden, wie § 150 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 152 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt. Maßgeblich für die Vergütung zur Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln in der in Satz 1 genannten Höhe ist der Tag der Leistungserbringung und im Fall einer Kostenerstattung im Sinne von § 40 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch das Kaufdatum.

§ 5

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft; sie tritt nach § 5 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, außer Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die COVID-19-Epidemie hat infolge behördlicher Anweisungen mit der Aufforderung, soziale Kontakte und mögliche Infektionsorte zu vermeiden, erhebliche wirtschaftliche Folgen für die Einrichtungen des Gesundheitswesens. Für Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie im Bereich der Pflege wurden mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 Ausgleichsmechanismen beschlossen. Neben diesen Leistungserbringern, die direkt mit der Versorgung von COVID-19 Patientinnen und Patienten betraut sind, sind andere Leistungserbringer von erheblichen Fallzahlrückgängen betroffen, weil Leistungen nicht mehr erbracht werden können oder verschoben werden. Berichte aus Praxen von Heilmittelerbringern und Zahnärzten deuten auf Fallzahlrückgänge im mittleren bis oberen zweistelligen Prozentbereich hin. Die damit verbundenen Auswirkungen auf die betriebswirtschaftliche Situation der Praxen und Einrichtungen gefährden die notwendigen Versorgungsstrukturen. Viele Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartige Einrichtungen haben einen erheblichen Rückgang in den Belegungszahlen zu verzeichnen oder mussten ihren Betrieb sogar gänzlich einstellen und sind deshalb mit existenzbedrohenden Erlösausfällen konfrontiert.

Nach § 40 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finanziert die Pflegekasse zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel für den Gebrauch durch Pflegepersonen im häuslichen Bereich. Dazu gehören auch Mundschutzmasken, Desinfektionsmittel oder Schutzhandschuhe. Die Aufwendungen der Pflegekassen dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden. Ohne Anhebung der Monatspauschale führen die derzeit zum Teil erheblichen Preissteigerungen dazu, dass entweder eine kostendeckende Lieferung nicht mehr möglich ist oder der Eigenanteil der Betroffenen steigt.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die Ausgestaltung der Ausgleichsmechanismen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Heilmittelversorgung orientiert sich an den bestehenden Abrechnungs- und Vergütungsstrukturen in den beiden Leistungsbereichen.

Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung werden die von den Krankenkassen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu entrichtenden Gesamtvergütungen für das Jahr 2020 auf 90 Prozent des in 2019 erreichten Gesamtvergütungsniveaus festgeschrieben. Die in den Zahnarztpraxen in 2020 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen werden auch weiterhin mit dem für das laufende Jahr vereinbarten Punktwert vergütet. Ergeben sich seitens der Krankenkassen Überzahlungen über das tatsächliche Leistungsgeschehen des Jahres 2020 hinaus, sind diese in den beiden Folgejahren 2021 und 2022 vollständig von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen zurückzuerstatten.

Im Bereich der Heilmittelversorgung erhalten die Leistungserbringer für den Zeitraum von drei Monaten eine einmalige Ausgleichszahlung in Höhe von 40 Prozent der Vergütung, die sie im vierten Quartal 2019 mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet haben. Diese Ausgleichszahlungen werden aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Für im Zuge der COVID-19-Epidemie entstandene zusätzliche Aufwendungen

für Hygiene- und Schutzmaßnahmen, können die Heilmittelerbringer eine Pauschale je Verordnung mit den Krankenkassen abrechnen.

Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartige Einrichtungen erhalten wie stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 60 Prozent ihrer Einnahmeausfälle aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ersetzt.

Der monatliche Pauschalbetrag, den die Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel aufwenden dürfen, wird zeitlich befristet von 40 Euro auf 60 Euro angehoben.

III. Alternativen

Keine.

IV. Regelungskompetenz

Die Verordnungskompetenz für das Bundesministerium für Gesundheit folgt aus § 5 Absatz 2 Nummer 4 und 7 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2002 (BGBl. I S. 1045), der zuletzt durch das Gesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist. Die Bundesregierung hat am 25. März 2020 gemäß § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt. Mit der Feststellung ist der Anwendungsbereich des § 5 Absatz 2 Nummer 4 und 7 des Infektionsschutzgesetzes eröffnet.

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

Die Verordnung ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Regelungsfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Die Verordnung sieht keine Rechts- und Verwaltungsvereinfachung vor.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Die Verordnung steht im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, die der Umsetzung der UN-Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung dient.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

a) Bund, Länder und Gemeinden

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich aus der Anhebung der Monatspauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel im Bereich der Beihilfe einmalige Mehrausgaben von rund 2 Millionen Euro.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Zahlung von Gesamtvergütungen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in Höhe von 90 Prozent der Gesamtvergütungen des Jahres 2019 sinken die Ausgaben der

gesetzlichen Krankenversicherung für vertragszahnärztliche Behandlungen ohne Zahnersatz im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr um bis zu 1,15 Milliarden Euro. Soweit es zu Überzahlungen der Krankenkassen über die in 2020 tatsächlich erbrachten Leistungen hinaus kommt, werden diese in den Folgejahren 2021 und 2022 durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vollständig ausgeglichen.

Durch Ausgleichszahlungen an die Heilmittelerbringer im Jahr 2020 ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe von rund 1 Milliarde Euro, die aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Diesen Mehrausgaben stehen erhebliche, nicht quantifizierbare Minderausgaben der gesetzlichen Krankenkassen durch geringere Abrechnungen von Heilmitteln gegenüber. Durch die Abrechnung einer Pauschale für Hygieneartikel im Zeitraum bis 30. September 2020 entstehen den gesetzlichen Krankenkassen je 1 Million Heilmittelverordnungen Mehrausgaben in Höhe von 1,5 Millionen Euro.

Die mit den Ausgleichszahlungen für den Belegungsrückgang bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Väter verbundenen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung sind abhängig von der Anzahl nicht belegter Betten und daher nicht konkret quantifizierbar. Für je 10 Prozent Unterschreitung der Patientenzahlen für den Zeitraum bis 30. September 2020 ergeben sich Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages. Die Mehrausgaben werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

c) Soziale Pflegeversicherung

Durch die Anhebung der Monatspauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 60 Euro ergeben sich zudem 55 Millionen Euro Mehrausgaben in sechs Monaten für die soziale Pflegeversicherung.

4. Erfüllungsaufwand

a) Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

b) Wirtschaft

Den Heilmittelerbringern entsteht ein geringer Erfüllungsaufwand durch die Antragstellung auf einen Ausgleichsbetrag bei der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen auf Landesebene nach § 124 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Den Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartigen Einrichtungen entsteht mit der Meldung ihres Ausgleichsanspruchs für ausgefallene Leistungen geringer Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

c) Verwaltung

Soweit der Ausgleichsmechanismus zur Stabilisierung der vertragszahnärztlichen Vergütungen zur Anwendung kommt, hat die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Anpassungen in ihrem Honorarverteilungsmaßstab vorzunehmen. Der daraus einmalig entstehende Erfüllungsaufwand für die Gesamtvertragspartner wird auf einen niedrigen vierstelligen Betrag geschätzt.

Erfüllungsaufwand entsteht für die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen auf Landesebene nach § 124 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch die Bearbeitung der Anträge auf Ausgleichszahlung. Dessen Umfang ist abhängig von der jeweiligen Zahl der antragsberechtigten Leistungserbringer. Bei einer anzunehmenden Bearbeitungszeit

für jeden Antrag von rund 10 Minuten und einen Lohnkostensatz von 36 Euro (Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung – Lohnkosten in Euro pro Stunde, mittlerer Dienst, Sozialversicherung) ist für 70.000 Anträge bundesweit mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 500.000 Euro zu rechnen. Der den Krankenkassen entstehende Erfüllungsaufwand durch die Anweisungen der Ausgleichszahlung an die Leistungserbringer beträgt rund 135.000 Euro.

Für das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) entsteht Erfüllungsaufwand für die Abwicklung der Zahlungen zwischen BAS und den durch die Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Krankenkassen in Höhe von rund 10.000 Euro.

Dem BAS entsteht für die Abwicklung der Ausgleichszahlungen für Einrichtungen des Muttergenesungswerks und gleichartige Einrichtungen kein weiterer Erfüllungsaufwand. Für die Verwaltung der Länder oder – soweit die Aufgabe an eine federführende Krankenkasse delegiert wird – der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht geringfügiger weiterer Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe auf Grund der Sammlung und Prüfung der von den Einrichtungen angemeldeten Ausgleichsbedarfe für ausgefallene Behandlungen sowie die Abwicklung der Zahlungen.

5. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil von rund sieben Prozent an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen aus der Anhebung der Monatspauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel einmalige Mehrausgaben von rund 2 Millionen Euro.

6. Weitere Regelungsfolgen

Die mit der Verordnung verbundenen Änderungen wurden auf ihre Gleichstellungsrelevanz überprüft. Es ergaben sich keine Hinweise auf eine unterschiedliche Betroffenheit der Geschlechter. Die Regelungen beziehen sich in gleichem Maße auf Frauen und Männer. Es liegt weder eine mittelbare noch unmittelbare geschlechterbezogene Benachteiligung vor. Die Gleichstellung von Männern und Frauen in der Sprache ist gewahrt.

Negative Auswirkungen auf Verbraucherinnen und Verbraucher sind durch die Verordnung nicht gegeben. Die vorgesehenen Ausnahmen können insbesondere zur notwendigen zahnärztlichen Versorgung und Heilmittelversorgung der Bevölkerung in der aktuellen Not-situation beitragen.

VII. Befristung; Evaluierung

Die in der Verordnung enthaltenen Regelungen sind bis zu dem Zeitpunkt in Kraft, bis der Deutsche Bundestag das Bestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Infektionsschutzgesetzes für beendet erklärt und im Bundesgesetzblatt bekannt gemacht hat, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021.

B. Besonderer Teil

Zu § 1 (Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte)

Zu Absatz 1

Um eine flächendeckende Versorgung der Versicherten mit zahnärztlichen Leistungen zu erhalten und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Zahnarztpraxen über die COVID-19-Epidemie hinaus sicherzustellen, werden die Zahlungen der Krankenkassen für vertragszahnärztliche Leistungen für die Gesamtvergütung im Jahr 2020 in Höhe von 90 Prozent auf dem Gesamtvergütungsniveau des Jahres 2019 fortgeführt. Die 90 Prozent für das Jahr 2020 sind durch die Annahme einer Mengenentwicklung im Jahr 2020 deutlich unter dem 100 Prozent-Niveau des Jahres 2019 begründet. Da nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden kann, dass Zahnarztpraxen in allen Vertragsregionen gleichermaßen von Liquiditätsengpässen betroffen sind, können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich erklären, auf die Anwendung des Ausgleichsmechanismus zu verzichten.

Zu Absatz 2

Da nach dem Ende der COVID-19-Epidemie im vertragszahnärztlichen Bereich erhebliche Nachholeffekte zu erwarten sind, sind die von den Krankenkassen im Jahr 2020 geleisteten Überzahlungen über das tatsächliche Leistungsgeschehen hinaus in den beiden Folgejahren 2021 und 2022 von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vollständig an die Krankenkassen zurückzuerstatten.

Zu Absatz 3

Den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird – im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen – eine flexiblere Verteilung der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung ermöglicht, insbesondere um in 2020 an stärker von Liquiditätsengpässen betroffene Zahnarztpraxen höhere Zahlungen leisten zu können. Aufgrund des in Absatz 2 vorgesehenen Ausgleichsverfahrens können die Anpassungen am Honorarverteilungsmaßstab auch in 2021 und 2022 vorgenommen werden.

Zu Absatz 4

Die Festzuschüsse für die Regelversorgung mit Zahnersatz sind nach § 55 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht Teil der Gesamtvergütung. Für Fälle, in denen im Rahmen der COVID-19-Epidemie die vertragszahnärztliche Versorgung nicht durch die Zahlung von Abschlägen nach Absatz 1 sichergestellt werden kann, können die Partner der Gesamtverträge einvernehmlich Abschläge zu dem in den Festzuschüssen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Honoraranteil für die zahnärztlichen Leistungen miteinander vereinbaren. Von den Krankenkassen in diesem Zusammenhang im Jahr 2020 geleistete Überzahlungen sind im Jahr 2021 von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vollständig an die Krankenkassen zurückzuerstatten.

Zu Absatz 5

Um die Effekte der Liquiditätshilfe auf die wirtschaftliche Situation der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte beurteilen zu können, überprüft das Bundesministerium für Gesundheit die Auswirkungen der Regelungen in den Absätzen 1 bis 4 bis zum 15. Oktober 2020. Die Erkenntnisse können zudem – soweit sie zu diesem Zeitpunkt vorliegen – in den gesetzlichen Regelungsbedarf einfließen, der aufgrund des Außerkrafttretens dieser Rechtsverordnung erforderlich sein wird.

Zu § 2 (Ausgleichszahlungen an Heilmittelerbringer)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift sieht vor, dass die von der COVID-19-Epidemie betroffenen Heilmittelerbringer eine Ausgleichzahlung erhalten, um hohe Einkommensausfälle, die aufgrund rückläufiger Behandlungszahlen entstehen, abzufangen. Die Praxen der Heilmittelerbringer gehören zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens, die unter Beachtung der gestiegenen hygienischen Anforderungen weiterhin geöffnet bleiben. Die Versorgung mit Heilmitteln hat eine erhebliche Bedeutung für die Heilung von Krankheiten, für die Verhütung ihres Voranschreitens und die Linderung von Krankheitsbeschwerden. Heilmittel können dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Gleichwohl sind Heilmittelerbringer aufgrund des durch die COVID-19-Epidemie angeordneten Kontaktvermeidungsgebots von Terminabsagen von Patientinnen und Patienten und rückläufigen Neuverordnungen durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte betroffen. Ein hoher Einkommensausfall gefährdet die wirtschaftliche Situation der Heilmittelerbringer und die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten mit Heilmittelleistungen in besonderem Maße, da es Heilmittelerbringern vielfach nicht möglich ist, ausreichend finanzielle Reserven anzusparen und daher Praxis-schließungen drohen. Aus diesem Grund erhalten die Leistungserbringer, die zum Zeitpunkt der Antragstellung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, für die Monate April bis Juni 2020 eine Ausgleichszahlung.

Zu Absatz 2

Die Leistungserbringer erhalten einen pauschalen Betrag in Höhe von 40 Prozent der abgerechneten Vergütung aus dem vierten Quartal 2019. Dabei wird die Bruttovergütung herangezogen, weil auch die durch die Versicherten geleistete Zuzahlung zum Einkommen des Leistungserbringers für die erbrachte Heilmittelleistung zählt. Zudem wird durch die Bezugnahme auf das vierte Quartal 2019 sichergestellt, dass die seit dem 1. Juli 2019 bundesweit geltenden Preise nach § 125b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berücksichtigt werden. Für Leistungserbringer, die neu zugelassen worden sind und für die deshalb keine oder keine vollständigen Daten für das vierte Quartal 2019 vorliegen, sind abweichende Vorgaben zur unbürokratischen Ermittlung der Ausgleichzahlung erforderlich.

Um ein nachgelagertes, bürokratisch aufwendiges Verrechnungs- und Rückerstattungsverfahren zu vermeiden, erfolgt keine Anrechnung anderer finanzieller Hilfen des Bundes und der Länder. Für die Ausgleichzahlung wird kein Verwaltungsakt erlassen. Bei der Kalkulation der Höhe der Ausgleichzahlung ist daher berücksichtigt, dass die Heilmittelerbringer die vom Bund und den Ländern bereitgestellten Förderprogramme, wie Kurzarbeitergeldzahlungen und die Corona-Soforthilfe für Solo-Selbstständige, Kleinunternehmen und Freiberufler, in Anspruch nehmen und sich dadurch Personal- und Sachkosten verringern.

Zu Absatz 3

Mit der administrativen Durchführung des Ausgleichsverfahrens werden die seitens der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemäß § 124 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gebildeten Arbeitsgemeinschaften betraut. Die Leistungserbringer können die Ausgleichzahlung im benannten Zeitraum beantragen. Damit die Arbeitsgemeinschaften das für sie mit neuem Verwaltungsaufwand verbundene Ausgleichsverfahren durchführen können und die Leistungserbringer möglichst zeitnah ihre Ausgleichszahlung erhalten, haben die Krankenkassen die Arbeitsgemeinschaften mit personellen und sächlichen Mitteln zu unterstützen. Insbesondere die Anweisung der Ausgleichszahlung hat durch eine Krankenkasse zu erfolgen, weil die Arbeitsgemeinschaften hierzu nicht befugt sind. Bei ihrer originären Aufgabe, der Zulassung von Leistungserbringern, ist ein Zahlungsverkehr nicht erforderlich. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Festlegungen zum Antragsverfahren sowie zur Durchführung der Ausgleichszahlung an die Heilmittelerbringer. In diesem Zusammenhang hat er auch festzulegen, welche

Angaben in dem Antrag durch den Leistungserbringer notwendig sind, wie beispielsweise Institutionskennzeichen und Kontoverbindung. Auch hat der Leistungserbringer das Bestehen einer gültigen Zulassung zu bestätigen.

Zu Absatz 4

Um die Ausgleichzahlung auf Basis der jeweiligen Vergütung aus dem vierten Quartal 2019 berechnen zu können, werden die Abrechnungsdaten für dieses Quartal herangezogen, die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bereits vorliegen. Bei diesen Daten handelt es sich um Angaben über die Gesamtsumme der Vergütung, die die Heilmittelerbringer für alle im entsprechenden Quartal zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Heilmittelleistungen im Sinne des § 32 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch abgerechnet haben. Die Zuzahlung, die der Leistungserbringer vom Versicherten einzieht, fließt in diese Vergütung ein. Die Daten sind bezüglich des Leistungserbringers zu entpseudonymisieren, um den Bezug für die Vergütung des jeweiligen Leistungserbringers herstellen zu können. Die leistungserbringerbezogenen Daten sind an die Arbeitsgemeinschaften nur in dem Umfang zu übermitteln, wie sie für die Bearbeitung der Anträge und zu Berechnung der Ausgleichzahlung zwingend erforderlich sind. So kann für eine eindeutige Zuordnung der abgerechneten Vergütung zu dem Leistungserbringer das Institutionskennzeichen ausreichend sein. Weiterhin kann für die Übermittlung der Daten an die jeweils zuständige Arbeitsgemeinschaft die Postleitzahl oder der Wohnort des Leistungserbringers genügen. Die Datenzusammenführung des Vergütungsvolumens mit den Daten des antragstellenden Leistungserbringers darf durch die Arbeitsgemeinschaft erst dann erfolgen, wenn der jeweilige Leistungserbringer einen Antrag auf Ausgleichzahlung gestellt hat. Die Übermittlung von arztbezogenen oder versichertenbezogenen Daten (weder in pseudonymisierter noch in entpseudonymisierter Form) ist für die Erfüllung der Aufgabe der Bearbeitung von Anträgen der Heilmittelerbringer auf Ausgleichszahlungen und deren Auszahlung durch die Arbeitsgemeinschaften und den Krankenkassen nicht erforderlich. Eine arzt- oder versichertenbezogene Datenübermittlung ist nicht von der Regelung nach diesem Absatz umfasst. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Daten leistungserbringerbezogen zusammenzustellen und der jeweils zuständigen Arbeitsgemeinschaft bis zu dem in der Verordnung benannten Zeitpunkt zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für das Verfahren der Datenübermittlung die konkrete Ausgestaltung fest.

Zu Absatz 5

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Arbeitsgemeinschaften die voraussichtliche Summe der Ausgleichszahlungen für das jeweilige Bundesland bis zum in der Verordnung genannten Datum zu übermitteln. Den Arbeitsgemeinschaften liegen entsprechende Daten nicht vor, so dass die hilfsweise Schätzung der Summe der Ausgleichzahlung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfolgt. Dieser kann zu der Berechnung der Summe der Ausgleichszahlungen auf die Daten zurückgreifen, die ihm nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit Absatz 5 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch für das vierte Quartal 2019 vorliegen. Für diese Schätzung ist ein Leistungserbringerbezug nicht erforderlich, weshalb diese Daten kurzfristig übermittelt werden können. Um eine frühzeitige Information über das voraussichtliche Auszahlungsvolumen zu geben, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die voraussichtliche Summe der Ausgleichszahlungen auf Grundlage der Daten des vierten Quartals 2019 auch an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zu übermitteln.

Zu Absatz 6

Die Mittel für die Ausgleichszahlungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Hierfür übermitteln die Arbeitsgemeinschaften wöchentlich die Summe der in ihrem Zuständigkeitsbereich zu zahlenden Ausgleichszahlungen an das BAS. Die Arbeitsgemeinschaften können Abschlagszahlungen im Sinne einer Zurverfügungstellung der

finanziellen Mittel, bevor die Summe der tatsächlichen Zahlungen an die Leistungserbringer feststeht, beim BAS beantragen. Jede Arbeitsgemeinschaft kann Abschlagszahlungen bis zur Höhe von insgesamt 30 Prozent der voraussichtlichen Summe der Ausgleichszahlungen für das jeweilige Bundesland nach Absatz 5 beantragen. Überschreiten die Vorauszahlungen an die Arbeitsgemeinschaften die endgültigen Beträge, sind sie an das BAS zugunsten der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu erstatten. Das BAS bestimmt das Nähere zum Verfahren nach Absatz 6. Dafür legt es insbesondere Termine für die Übermittlung der Summen nach Satz 1 und entsprechende möglichst zeitnahe Zahlungstermine fest. Zudem bestimmt das BAS das Verfahren der Vorauszahlungen und der endgültigen Abrechnung, wenn die Vorauszahlungen die endgültigen Beträge übersteigen, einschließlich von Terminen für die Rückzahlung. Die Arbeitsgemeinschaften benennen jeweils eine Krankenkasse, die das Zahlungsverfahren durchführt und an die das BAS die jeweils gemeldeten Beträge nach Satz 1 zahlt.

Zu Absatz 7

Heilmittelerbringer sind aufgrund der COVID-19-Epidemie darauf angewiesen, verschiedene Hygieneartikel, insbesondere persönliche Schutzausrüstungen wie Mundschutz, selbst zu beschaffen, wobei sich die Preise für diese Artikel durch die COVID-19-Epidemie erhöht haben. Zum pauschalen Ausgleich dieser Kosten können die Leistungserbringer bei der Abrechnung jeder Verordnung, die in dem in der Verordnung geregelten Zeitraum abgerechnet wird, eine Pauschale in Höhe von 1,50 Euro abrechnen. Die Pauschale gilt je Verordnung. Einer ärztlichen Verordnung dieser Pauschale bedarf es nicht. Für die Abrechnung der Pauschale legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kurzfristig eine bundeseinheitliche Positionsnummer fest. Diese gilt für alle Heilmittelbereiche.

Zu Absatz 8

Die Regelung dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Verteilung der ausgezahlten Mittel zu schaffen und dem Bundesministerium für Gesundheit einen Überblick über die Unterstützungsmaßnahmen zu ermöglichen.

Zu § 3 (Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen)

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen oder für Vater-Kind-Maßnahmen geeignete Einrichtungen) werden in das Ausgleichsverfahren nach § 111d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetzes vom 27. März 2020 einbezogen und erhalten damit ebenfalls 60 Prozent ihrer Einnahmeausfälle aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ersetzt. Denn genauso wie stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die bereits unter die im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz getroffene Regelung fallen, sind auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen von massiven und existenzgefährdenden Erlösausfällen infolge der COVID-19-Epidemie betroffen.

Zu § 4 (Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch)

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel können auch Gegenstände der persönlichen Schutzausrüstung oder Produkte zur Desinfektion sein, die insbesondere derzeit für die Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind. Die stark angestiegenen Preise für diese zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel machen es erforderlich, den Pauschalbetrag, den die Pflegekassen monatlich dafür aufwenden dürfen, zeitlich befristet um 20 Euro anzuheben, um die Versorgung mit derartigen Produkten im häuslichen Bereich zu stützen. Im Bereich der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel gibt es eine sehr große Anzahl an Leistungserbringern. In den Verträgen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern ist

derzeit eine maximale Vergütung von 40 Euro monatlich festgeschrieben. Um die Versorgung mit entsprechenden Produkten für die Pflegebedürftigen sicherzustellen, wird nun zu Gunsten der Leistungserbringer geregelt, dass auch die Vergütung für die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln auf monatlich höchstens 60 Euro heraufgesetzt wird, ohne dass es einer gesonderten Anpassung der Verträge bedarf. Die Regelungen gelten vom 1. April 2020 bis 30. September 2020. Die Geltungsdauer verlängert sich, wenn eine Verordnung nach § 152 des Elften Buchs Sozialgesetzbuch erlassen wird; sie endet aber, wenn die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite aufgehoben wird.

Zu § 5 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten und das Außerkrafttreten.