

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Schutz der Versorgungsstrukturen im Bereich der zahnärztlichen Versorgung, Heilmittelversorgung, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen und der Pflegehilfsmittelversorgung vor Gefährdungen infolge wirtschaftlicher Auswirkungen der SARS-CoV-2-Epidemie

(SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung)

A. Problem und Ziel

Die SARS-CoV-2-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 SARS-CoV-2-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 SARS-CoV-2-Epidemie stattfindenden Umsatzrückgänge in den Zahnarztpraxen zu begrenzen und zu erwartende Liquiditätengpässe 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 SARS-CoV-2-Epidemie vielfach nur aufgeschoben wird. Im Anschluss an die SARS-CoV-2-Epidemie werden Nachholeffekte insbesondere die Nachfrage nach Zahnersatz antreiben. Vor diesem Hintergrund sind 70 Prozent der von den Krankenkassen im Jahr 2020 geleisteten Überzahlungen von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Folgejahren 2021 und 2022 auszugleichen.

Hingegen können im Bereich der Heilmittelversorgung während der SARS-CoV-2-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 von der gesetzlichen Krankenversicherung erhaltenen Vergütungsvolumens geleistet. Die Ausgleichszahlungen werden aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert und durch den Bund erstattet. 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 den Bund ergeben sich durch die Ausgleichszahlungen an die Heilmittelerbringer im Jahr 2020 Mehrausgaben in Höhe von rund 970 Millionen Euro.

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 ca. 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 zu 70 Prozent ausgeglichen. Durch die verbleibenden 30 Prozent können den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2020 Mehrausgaben entstehen,

deren Höhe von der nicht prognostizierbaren Gesamtsumme der Überzahlungen abhängig und deshalb nicht quantifizierbar ist.

Die vorübergehende Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Rahmen der Vorfinanzierung der Ausgleichszahlungen für die Heilmittelerbringer wird aus Mitteln des Bundeshaushaltes refinanziert. 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 jewei-

gen Zahl der antragsberechtigten Leistungserbringer. Insgesamt ist bundesweit mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 500.000 Euro zu rechnen.

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

Dem BAS entsteht für die Abwicklung der Ausgleichszahlungen für Einrichtungen des Müttergenesungswerks 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 des Bundesministeriums für Gesundheit zum Schutz der Versorgungsstrukturen im Bereich der zahnärztlichen Versorgung, Heilmittelversorgung und Mutter-/Vater-Kind-Leistungen vor Gefährdungen infolge wirtschaftlicher Auswirkungen der SARS-CoV-2-Epidemie

(SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung)

Vom ...

Auf Grund des § 5 Absatz 2 Nummer 4 und 7 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Infektionsschutzgesetz) vom 20. Juli 2002 (BGBl. I S. 1045), der zuletzt durch das Gesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Ausgleichszahlungen an Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte

(1) Zur Überbrückung der finanziellen Auswirkungen der in Folge der SARS-CoV-2-Epidemie verminderten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen wird die Gesamtvergütung nach § 85 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2020 in Höhe von 90 Prozent der Gesamtvergütung des Jahres 2019 festgeschrieben, sofern die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum [\[einfügen: 28 Tage nach Inkrafttreten der VO\]](#) keine gegenteilige Erklärung abgegeben hat. Die Krankenkassen haben die nach Satz 1 anzupassenden Abschlagszahlungen an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung zu entrichten.

(2) Sofern eine Kassenzahnärztliche Vereinigung den Ausgleichsmechanismus nach Absatz 1 Satz 1 in Anspruch nimmt, hat sie im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab zeitnah geeignete Regelungen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung vorzusehen.

(3) Ergibt sich im Jahr 2020 zugunsten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine Überzahlung, der keine vertragszahnärztlich erbrachten Leistungen gegenüberstehen, hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung diese gegenüber den Krankenkassen in den Jahren 2021 und 2022 in Höhe von 70 Prozent auszugleichen. Die Partner der Gesamtverträge nach § 83 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben hierzu entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

(4) Soweit die vertragszahnärztliche Versorgung mit den Maßnahmen in den Absätzen 1 bis 3 nicht sichergestellt ist, können die Partner der Gesamtverträge nach § 83 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Abschlagszahlungen bezogen auf den in den Festzuschussbeträgen nach § 55 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthaltenen Anteil für zahnärztliche Leistungen vereinbaren.

§ 2

Ausgleichszahlungen an Heilmittelerbringer

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

(2) Die Ausgleichszahlung wird als Einmalzahlung gewährt. Sie beträgt 40 Prozent der Vergütung des Leistungserbringer für Heilmittelleistungen im Sinne des § 32 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die er im vierten Quartal 2019 gegenüber den Krankenkassen abgerechnet hat, einschließlich der von den Versicherten geleisteten Zuzahlung. Sofern ein Leistungserbringer auf Grund einer Neuzulassung erstmals innerhalb des vierten Quartals 2019 oder später abgerechnet hat und dadurch keine oder keine vollständigen Daten für das vierte Quartal 2019 vorliegen, ist der dreifache Wert der abgerechneten Leistungen aus Januar 2020 maßgeblich. Für im Januar und Februar 2020 neu zugelassenen Leistungserbringer ist das Dreifache der Vergütung aus dem Februar 2020 für die Berechnung nach Satz 1 maßgeblich. Hat ein Leistungserbringer auf Grund einer Neuzulassung auch im Januar 2020 keine Leistungen abgerechnet, beträgt die Ausgleichszahlung für jeden Monat, den der Leistungserbringer im Zeitraum von April bis Juni 2020 zugelassen ist, 1500 Euro. Hat ein Leistungserbringer im Januar 2020 Leistungen abgerechnet und beträgt die danach errechnete Ausgleichszahlung für den gesamten Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 weniger als 4500 Euro, beträgt der gesamte Auszahlungsbetrag 4500 Euro. Eine Anrechnung finanzieller Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erfolgt nicht.

(3) Die Ausgleichszahlung ist vom Leistungserbringer bei der für ihn zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Zeitraum vom [einfügen: 23 Tage nach Inkrafttreten der VO] bis zum 30. Juni 2020 zu beantragen. Die zuständige Arbeitsgemeinschaft soll die Ausgleichszahlung innerhalb von 10 Werktagen ab Antragseingang anweisen. Die Krankenkassen haben die Arbeitsgemeinschaften bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 1 und 2 zu unterstützen. Das Nähere zum Antragsverfahren und zur Durchführung der Ausgleichszahlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum [einfügen: 10 Tage nach Inkrafttreten der VO].

(4) Die Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die Berechnung und Anweisung der Ausgleichszahlung gemäß Absatz 2 und 3 erforderlichen heilmittelerbringerbezogenen Daten bis zum [einfügen: 14 Tage nach Inkrafttreten der VO]. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt die zusammengefassten Daten innerhalb von 7 Werktagen an die Arbeitsgemeinschaften. Das Nähere zur Datenübermittlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Arbeitsgemeinschaften bis zum [einfügen: 5 Werktage nach Inkrafttreten der VO] die Summe der Ausgleichszahlung für das jeweilige Bundesland. Für die Ermittlung der Summe der Ausgleichszahlungen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf die Daten zurückzugreifen, die ihm nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen.

(6) Die Arbeitsgemeinschaften übermitteln die Summe der Ausgleichszahlungen, die sie nach Absatz 3 Satz 2 anzuweisen haben, an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt den jeweiligen Betrag nach Satz 1 an die Arbeitsgemeinschaften oder an eine von einer Arbeitsgemeinschaft benannten Krankenkasse zur Weiterleitung an die Leistungserbringer aus der Liquiditätsreserve des Gesund-

heitsfonds. Die Arbeitsgemeinschaften können beim Bundesamt für Soziale Sicherung Abschlagszahlungen in Höhe der zu erwartenden Beträge oder von Teilbeträgen beantragen. 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 SARS-CoV-2-Epidemie, insbesondere für persönliche Schutzausrüstungen, können die Leistungserbringer nach Absatz 1 für jede Verordnung, die sie bis zum 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. Diese Leistung muss nicht ärztlich verordnet werden.

(8) Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt dem Bundesministerium für Finanzen jeden Monat die Summe der nach Absatz 6 Satz 2 ausgezahlten Beträge mit. Der Bund erstattet den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds innerhalb von einer Woche nach der Mitteilung nach Satz 1.

(9) Die Arbeitsgemeinschaften übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. August 2020 eine anonymisierte Aufstellung der an die Leistungserbringer ausgezahlten Beträge.

§ 3

Mutter-/Vater-Kind-Leistungen

§ 111d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend für 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

Solange die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite des Deutschen Bundestages auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 besteht, wird der Leistungsbetrag nach § 40 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch um 20 Euro auf 60 Euro erhöht. Vorbehaltlich des Fortbestehens der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gilt diese Regelung bis 30. September 2020. Nach diesem Zeitpunkt gilt diese Regelung vorbehaltlich des Fortbestehens der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite solange fort, wie die Fortgeltung des § 150 des Elften Buches Sozialgesetzbuch durch eine Rechtsverordnung nach § 152 des Elften Buches Sozialgesetzbuch angeordnet ist.

§ 5

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die SARS-CoV-2-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 in Höhe von 70 Prozent 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 Gesund-

heitsfonds vorfinanziert und durch den Bund erstattet. Für im Zuge der SARS-CoV-2-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 den Bund ergeben sich durch die Ausgleichszahlungen an die Heilmittelerbringer auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse (KV 45) des 4. Quartals 2019 im Jahr 2020 Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rund 970 Millionen Euro.

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

Den im vertragszahnärztlichen Bereich entstehenden Aufwendungen für Liquiditätshilfen und Ausgleichszahlungen stehen Minderausgaben durch die Begrenzung der Gesamtvergütungen auf 90 Prozent der Vorjahreshöhe und Fallzahlrückgänge gegenüber. Die verbleibenden Überzahlungen der Krankenkassen über die in 2020 tatsächlich erbrachten Leistungen hinaus werden in den Folgejahren 2021 und 2022 durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu 70 Prozent ausgeglichen. Durch die verbleibenden 30 Prozent entstehen den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2020 Mehrausgaben, deren Höhe von der nicht prognostizierbaren Gesamtsumme der Überzahlungen abhängig und deshalb nicht quantifizierbar ist.

Die vorübergehende Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Rahmen der Vorfinanzierung der Ausgleichszahlungen für die Heilmittelerbringer wird aus Mitteln des Bundeshaushaltes refinanziert. 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 Anpas-

sungen 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.

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

Dem BAS entsteht für die Abwicklung der Ausgleichszahlungen für Einrichtungen des Müttergenesungswerks 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 Notsituation 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 (Ausgleichszahlungen an 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 SARS-CoV-2-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 erklären, auf die Anwendung des Ausgleichsmechanismus zu verzichten.

Zu Absatz 2

Um eine transparente Verteilung der von den Krankenkassen für das Jahr 2020 gezahlten Gesamtvergütung zu gewährleisten, und um gegebenenfalls an stärker von Liquiditätsengpässen betroffene Praxen höhere Zahlungen vornehmen zu können, sollen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die den Ausgleichsmechanismus nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Anpassungen am Honorarverteilungsmaßstab vornehmen.

Zu Absatz 3

Da nach dem Ende der SARS-CoV-2-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 von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu 70 Prozent an die Krankenkassen zurückzuerstatten. Da es im vertragszahnärztlichen Bereich aber auch Leistungen gibt, die innerhalb eines Kalenderjahres oder Kalenderhalbjahres nur einmal in Anspruch genommen und deshalb nicht nachgeholt werden können, verbleiben 30 Prozent der Überzahlungen bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

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 SARS-CoV-2-Epidemie die vertragsärztliche Versorgung nicht durch die Zahlung von Abschlägen nach Absatz 1 sichergestellt werden kann, können die Partner der Gesamtverträge Abschläge zu dem in den Festzuschüssen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Honoraranteil für die zahnärztlichen Leistungen miteinander vereinbaren.

Zu § 2 (Ausgleichszahlungen an Heilmittelerbringer)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift sieht vor, dass die von der SARS-CoV-2-Epidemie betroffenen Heilmittelerbringer eine Ausgleichszahlung 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 Heilmit-

ten 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 SARS-CoV-2-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 Praxisschließungen 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 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. Bei der Kalkulation der Höhe der Ausgleichszahlung 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 Zeitraum vom [\[einfügen: 23 Tage nach Inkrafttreten der VO\]](#) bis zum 30. Juni 2020 beantragen. Die Leistungserbringer sollen die Ausgleichzahlung zeitnah erhalten, weshalb die Arbeitsgemeinschaften die Zahlung innerhalb von 10 Werktagen ab Antragseingang anzuweisen haben, soweit dies auf Grund der zu erwartenden hohen Anzahl an Anträgen möglich ist. Damit die Arbeitsgemeinschaften das für sie mit neuem Verwaltungsaufwand verbundene Antrags- und Ausgleichzahlungsverfahren durchführen können, haben die Krankenkassen die Arbeitsgemeinschaften insbesondere mit personellen und sächlichen Mitteln zu unterstützen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Festlegungen zum Antragsverfahren sowie zur Durchführung der Ausgleichzahlung 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. Dabei ist das Antragsverfahren so unbürokratisch wie möglich zu gestalten.

Zu Absatz 4

Um die Ausgleichzahlung auf Basis der jeweiligen Vergütung aus dem vierten Quartal 2019 berechnen zu können, haben die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die erforderlichen Abrechnungsdaten heilmittelerbringerbezogen zu

übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt den Arbeitsgemeinschaften diese Daten wiederum zusammengefasst zur Verfügung. Bei den für die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 erforderlichen Daten handelt es sich um Angaben über die Gesamtsumme der Vergütungen, die ein Heilmittelerbringer für alle in einem bestimmten Zeitraum zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Heilmittelleistungen im Sinne des § 32 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet hat. Die Zuzahlung, die der Leistungserbringer vom Versicherten einzieht, fließt in diese Vergütung ein. Die Übermittlung von arztbezogenen oder versichertenbezogenen Daten (auch in pseudonymisierter Form) ist für die Erfüllung der Aufgabe der Bearbeitung von Anträgen der Heilmittelerbringer auf Ausgleichszahlungen und deren Auszahlung durch die Arbeitsgemeinschaften nicht erforderlich. Die Übermittlung der Daten an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat zur Gewährleistung eines zügigen Verfahrens innerhalb von 14 Tagen nach Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung zu erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat wiederum 7 Werktage für die Datenlieferung an die Arbeitsgemeinschaften Zeit. 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 zu übermitteln. Diese Summe können die Arbeitsgemeinschaften einem Antrag auf Abschlagszahlung nach Absatz 6 Satz 3 zugrundelegen. Den Arbeitsgemeinschaften liegen entsprechende Daten nicht vor, so dass die hilfsweise Schätzung der Summe der Ausgleichszahlung 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 Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen. Nach dieser Bestimmung ist er verpflichtet, Berichte als Schnellinformationen über die Entwicklung der Heilmittelausgaben zu erstellen. Damit die Arbeitsgemeinschaften zeitnah einen Anhaltspunkt zur voraussichtlichen Höhe der Zahlung haben, übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Daten innerhalb von fünf Tagen nach Inkrafttreten dieser Verordnung.

Zu Absatz 6

Die Mittel für die Ausgleichszahlungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert. Hierfür übermitteln die Arbeitsgemeinschaften die Summe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 an das Bundesamt für Soziale Sicherung (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. Diese sind an einer Schätzung der zu erwartenden Beträge zu orientieren. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die meisten Leistungserbringer einen Antrag stellen werden. 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 5. Dafür legt es insbesondere einen Termin oder mehrere Termine für die Übermittlung nach Satz 1 und entsprechende möglichst zeitnahe Zahlungstermine an die Arbeitsgemeinschaften 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 können eine Krankenkasse benennen, die das Zahlungsverfahren durchführt. Denn die Krankenkassen haben die Arbeitsgemeinschaften bei der Bewältigung des Verfahrens zur Antragsstellung und Ausgleichszahlung zu unterstützen. Daher muss der Betrag für die Ausgleichszahlung durch das BAS an die Stelle überwiesen werden, die die Auszahlung anweist.

Zu Absatz 7

Heilmittelerbringer sind aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie darauf angewiesen, verschiedene Hygieneartikel, insbesondere persönliche Schutzausrüstungen wie Mundschutz, selbst zu beschaffen, wobei sich die Preise für diese Artikel durch die SARS-CoV-2-Epidemie erhöht haben. Zum pauschalen Ausgleich dieser Kosten können die Leistungserbringer bei der Abrechnung der Verordnungen in dem genannten Zeitraum eine Pauschale in Höhe von 1,50 Euro je Verordnung abrechnen. Für die Abrechnung der Pauschale legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kurzfristig eine bundeseinheitliche Positionsnummer fest. Diese gilt für alle Heilmittelbereiche.

Zu Absatz 8

Absatz 8 regelt die Refinanzierung der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanzierten Mittel. Die Mittel werden aus dem Bundeshaushalt refinanziert: Die pauschalen Ausgleichszahlungen sollen die durch die SARS-CoV-2-Epidemie bedingten Einnahmeausfälle der Heilmittelerbringer abmildern, um Praxisschließungen aufgrund der unverschuldeten wirtschaftlichen Notlage zu verhindern und die Versorgung der Versicherten mit Heilmittelleistungen während der SARS-CoV-2-Epidemie sicherzustellen. Dies stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, mit der nicht allein die Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung belastet werden können. Zu diesem Zweck hat das BAS dem Bundesministerium für Finanzen nach der ersten Zahlung monatlich den zu diesem Zeitpunkt insgesamt an alle Arbeitsgemeinschaften überwiesenen Betrag mitzuteilen. Der Bund erstattet den Betrag zugunsten der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Finanzierung soll aus den mit dem Nachtragshaushalt 2020 bei Kap. 6002 Tit. 971 07 (Globale Mehrausgabe Corona-Pandemie) bereitgestellten Haushaltsmitteln erfolgen.

Zu Absatz 9

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 (Mutter-/Vater-Kind-Leistungen)

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 Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen von massiven und existenzgefährdenden Erlösausfällen infolge der SARS-CoV-2-Epidemie betroffen.

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

Die stark angestiegenen Preise für zum Verbrauch bestimmte 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.

Zu § 5 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.