

Bericht

**des Haushaltsausschusses (8. Ausschuss)
gemäß § 96 der Geschäftsordnung**

**zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
– Drucksachen 19/18112, 19/18151 –**

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

**Bericht der Abgeordneten Eckhardt Rehberg, Johannes Kahrs, Peter Boehringer,
Otto Fricke, Dr. Gesine Löttsch und Sven-Christian Kindler**

Mit dem Gesetzentwurf ist beabsichtigt, die COVID-19 bedingten finanziellen Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen auszugleichen.

Das Artikelgesetz beinhaltet die Änderung folgender gesetzlicher Regelungen:

- Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- Artikel 2 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes
- Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 4 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 5 Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes
- Artikel 6 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 7 Inkrafttreten

Mit den Regelungen des Gesetzentwurfs soll der Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 12. März 2020 umgesetzt werden. Danach sollen sich die Krankenhäuser in Deutschland auf den erwartbar steigenden Bedarf an Intensiv- und Beatmungskapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen durch COVID-19 vorbereiten.

Für die dadurch entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser ist ein finanzieller Ausgleich zu regeln, damit Krankenhäuser durch die Maßnahmen der Krisenintervention nicht in eine defizitäre Lage geraten oder eine solche verschärft wird. Für zusätzlich provisorisch geschaffene oder vorgehaltene Intensivbetten erhalten Krankenhäuser darüber hinaus einen bundeseinheitlichen Bonus.

Um den Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Finanzierung außerordentlicher Maßnahmen zu helfen, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes geboten sind, wird vorgesehen, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen die zusätzlichen Kosten zu erstatten haben.

Darüber hinaus wird mit der Regelung zur Anpassung der Honorarverteilungsmaßstäbe sichergestellt, dass der vertragsärztliche Leistungserbringer trotz der gefährdend rückläufigen Fallzahl aufgrund einer reduzierten Patienteninanspruchnahme Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars und zum Fortbestand seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erhält.

Um die Personengruppe der Pflegebedürftigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen, werden gesonderte Regelungen getroffen.

Die finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs auf die öffentlichen Haushalte stellen sich wie folgt dar:

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund

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

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

Gesetzliche Krankenversicherung

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

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

Durch die Ermöglichung einer Versorgung von Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen könnten Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe für die gesetzlichen Krankenkassen entstehen. Dies gilt auch für den vorgesehenen Wegfall des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) für das Jahr 2020, für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Infektion und ggf. weitere Behandlungsfälle, die von den Vertragsparteien von der Erhebung des

FDA zur Vermeidung besonderer Härten ausgenommen werden können. Auch die finanziellen Auswirkungen abweichender Ausgleichssätze für Mehr- und Mindererlöse sind nicht valide quantifizierbar. Die potenziellen Mehrausgaben dieser Maßnahmen sind von der derzeit nicht absehbaren Dynamik der Ansteckungsquoten, der Wirkung der Isolationsmaßnahmen und der hieraus resultierenden Entwicklung stationärer Behandlungsfälle abhängig.

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

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

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

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

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

Soziale Pflegeversicherung

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

Erfüllungsaufwand

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

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

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

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

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

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

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

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

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

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

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

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

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

Weitere Kosten

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

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

Mehrausgaben von rund 18 Millionen Euro. Alle Maßnahmen zusammen verschlechtern den Finanzierungssaldo um rund 18 Millionen Euro.

Der Haushaltsausschuss hält den Gesetzentwurf mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. für mit der Haushaltslage des Bundes vereinbar.

Die Finanzplanung des Bundes für die Folgejahre ist entsprechend fortzuschreiben.

Dieser Bericht beruht auf der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit vorgelegten Beschlussempfehlung.

Berlin, den 25. März 2020

Der Haushaltsausschuss

Peter Boehringer
Vorsitzender und
Berichterstatter

Eckhardt Rehberg
Berichterstatter

Johannes Kahrs
Berichterstatter

Otto Fricke
Berichterstatter

Dr. Gesine Löttsch
Berichterstatte^{rin}

Sven-Christian Kindler
Berichterstatter

