

Beschlussempfehlung*

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
– Drucksache 19/18112 –

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

A. Problem

Die Fraktionen der CDU/CSU und SPD stellen fest, dass sich die neue Infektionskrankheit COVID-19 in vielen Staaten immer weiter ausbreite und auch in Deutschland die Zahl der im Krankenhaus teilweise intensivmedizinisch behandelungsbedürftigen COVID-19-Patientinnen und -patienten dynamisch steige. Diese Entwicklung stelle die Krankenhäuser sowie die ambulanten Leistungserbringerinnen und -erbringer, aber auch die Vorsorge-, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen vor große personelle und finanzielle Herausforderungen.

B. Lösung

Um Erlösausfälle, Defizite oder Liquiditätsengpässe im stationären und ambulanten Bereich zu vermeiden bzw. abzufedern und die Ansteckungsrisiken von Pflegebedürftigen zu reduzieren, sollen entsprechende gesetzliche Maßnahmen wie die Zahlung von Pauschalbeträgen an Krankenhäuser, die Erstattung zusätzlicher Kosten in der vertragsärztlichen Versorgung, Ausgleichszahlungen für Belegungsrückgänge in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, der Ausgleich von Mehraufwand oder Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen und die Aussetzung von persönlichen Begutachtungen Pflegebedürftiger durch die Medizinischen Dienste ergriffen werden.

Annahme des Gesetzentwurfs in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD.

* Der Bericht wird gesondert verteilt.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund

Aus den vorgesehenen Ausgleichzahlungen für die Freihaltung von Bettenkapazitäten durch die Verschiebung planbarer Operationen, Eingriffe und Aufnahmen ergeben sich bei einer angenommenen Unterschreitung der Patientenzahl von 10 Prozent für 100 Tage Mehrausgaben von rund 2,8 Milliarden Euro. Durch Beihilfezahlungen entfallen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden Belastungen in Höhe von rund 96 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 liegt.

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

Zur weiteren Förderung der Reaktivierung und Verlagerung von Pflegepersonal in die zur Behandlung der Infektionsfälle erforderlichen Einheiten wird der vorläufige Pflegeentgeltwert um rund 38 Euro auf 185 Euro pro Tag mit Wirkung für

die gesetzliche und private Krankenversicherung erhöht. Hierdurch ist ein nachhaltiger Liquiditätseffekt für die Krankenhäuser zu erwarten. Geht man davon aus, dass sich die Vereinbarung der Pflegebudgets auf Grund der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie bis ins nächste Jahr verzögert, ergibt sich bei rund 94,5 Millionen Pflegetagen aus der Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts ein Finanzvolumen von rund 3,6 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 360 Millionen Euro. Hiervon wiederum werden 25 Prozent durch Beihilfezahlungen von Bund, Ländern und Gemeinden und damit rund 90 Millionen Euro getragen, so dass die zusätzliche Belastung der gesetzlichen Krankenkassen bei knapp 3,3 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.

Die mit den Ausgleichszahlungen für den Belegungsrückgang bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111d 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 mittleren bis hohen zweistelligen Millionenbetrages. Die Mehrausgaben werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

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

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich bei den Kosten der ambulanten Pflegedienste für Schutzausrüstung aus der etwa hälftigen Kostenteilung

mit der sozialen Pflegeversicherung Mehrausgaben von rund 12 Millionen Euro. Diese Finanzwirkungen ergeben sich einmalig für sechs Monate in 2020.

Soziale Pflegeversicherung

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

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

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

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entsteht mit der Meldung ihres Ausgleichsanspruchs für ausgefallene Rehabilitationsleistungen geringer Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

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

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

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

Zusätzliche Verwaltungskosten des Bundesministeriums für Finanzen und der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Konkretisierung der Umsetzungsmodalitäten der gesetzlichen Regelungen im Einzelnen liegen in nicht nennenswerter

Höhe. Hierbei wie auch bei der abweichenden Vereinbarung von Ausgleichssätzen für Mehr- oder Mindererlöse und der Definition von Ausnahmen vom FDA 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 für Krankenhäuser zwischen BAS und Ländern und zwischen BAS und BMF und zur Bestimmung der Einzelheiten zum Verfahren in Höhe von rund 25 000 Euro.

Für das BAS entsteht Erfüllungsaufwand für die Abwicklung der Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zwischen BAS und Ländern und zur Bestimmung der Einzelheiten zum Verfahren in Höhe von rund 10 000 Euro. Für die Verwaltung der Länder oder – soweit die Aufgabe an eine federführende Krankenkasse delegiert wird – der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht Erfüllungsaufwand auf Grund der Sammlung und Prüfung der von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen angemeldeten Ausgleichszahlungen für ausgefallene Rehabilitationsbehandlungen sowie der Abwicklung der Zahlungen mit dem 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.

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 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.

F. Weitere Kosten

Aus der Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts und des auf zwölf Wochen befristeten Zuschlags in Höhe von 50 Euro unter anderem für persönliche Schutzausrüstung resultieren für die private Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe von rund 290 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.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18112 mit folgender Maßgabe, im Übrigen unverändert anzunehmen:

In Artikel 5 Nummer 2 werden in § 53 Absatz 2 Satz 1 nach dem Wort „Folgen“ die Wörter „oder in der Landwirtschaft“ eingefügt.

Berlin, den 25. März 2020

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüdgel

Vorsitzender

Lothar Riebsamen

Berichterstatter

Dr. Edgar Franke

Berichterstatter

Detlev Spangenberg

Berichterstatter

Prof. Dr. Andrew Ullmann

Berichterstatter

Dr. Achim Kessler

Berichterstatter

Maria Klein-Schmeink

Berichterstatterin

