

## **GOÄ/GOZ-Abrechnung in der Corona-Krise**

Wie wird der erhebliche Mehraufwand in der Privatabrechnung abgebildet?

### **Faktorerhöhung und / oder Pauschalen-Abrechnung und / oder Auslagererstellung?**

In der Corona-Krise sind im Rahmen der Privatabrechnung besondere GOÄ/GOZ-Abrechnungsmaßgaben zu beachten:

Auch für die GOÄ-/GOZ-Abrechnung haben sich die Verantwortlichen auf Bundesebene wegen übergangsweisen Mehrkostenausgleichen recht schnell auf eine Lösung verständigt, was grundsätzlich positiv ist.

Für Zahnärzte und Ärzte gibt es – eine nicht verbindliche – aber verwaltungspraktisch nützliche Verständigung der Bundeszahnärztekammer und der Bundeärztekammer mit dem PKV-Verband auf **Analog-Pauschalen (Geb.-Nr. 3010 GOZ analog, Geb.-Nr. 254 GOÄ analog)**. Die Verständigungen sind jeweils befristet.

Danach soll jedoch die **Faktorerhöhung neben der Analogabrechnung ausgeschlossen** sein, nur **wenn** die Faktorerhöhung mit dem über die Analogabrechnungsmöglichkeit ausgeglichenen Mehraufwand deckungsgleich ist, also eine systemwidrige „**Doppelabrechnung**“ vorläge. Deswegen ist zunächst darauf hinzuweisen, dass eine Abrechnung der Pauschale immer dann zweckmäßig ausbleiben sollte, wenn im Einzelfall deutlich höhere Auslagen im Einmal-Material-Bereich geltend gemacht werden sollen, abseits vom rein ärztlichen/zahnärztlichen Behandlungsaufwand. Hier ist die Steigerung bzw. die **Auslagererstellung bei Ärzten** (bzw. bei Ärzten auch beides bei sorgfältiger Trennung nach Material und ärztlichem Mehraufwand) **ohne Pauschalen-Abrechnung** unseres Erachtens möglich. Gleichwohl sollte im „Standardfall“ gut überlegt und v.a. gut begründet sein, vom Standard der Pauschalabrechnung abzuweichen.

Die **Faktorsteigerung** aufgrund von Corona-Mehraufwand ist auch aufgrund der neuen Pauschalen nicht ausgeschlossen, zumindest wenn die Pauschalen nicht angesetzt werden. Bei Faktorsteigerung bei den Einzelmaßnahmen ist auf die Begründung und Dokumentation besonders Wert zu legen, wie üblich bei der Faktorsteigerung. Die Faktorsteigerung sollte – insbesondere neben der Pauschalen-Abrechnung – aber nicht allein mit Materialaufwand oder allgemeinem Hygieneaufwand begründet werden.

Nicht eindeutig ist, wann Ärzte **zusätzlich Auslagererstellung** wegen coronabedingter Kosten für Einmalartikel / Einmalnutzungen von z.B. Einmal-Schutzmasken und Einmal-Schutzkittel geltend machen können. Jedenfalls neben den Analogpauschalen wird eine

zusätzliche Auslagenerstattung überwiegend wahrscheinlich nicht toleriert werden. Die Analogpauschalen sind im antizipierten Standardfall wohl als „einzigster Corona-Ausgleich“ von den PKVen vorgesehen. Deswegen kommt es aber in Betracht, in den Fällen, in denen die ca. 14 € im Einzelfall evident nicht Mehraufwandsgerecht sind, eine alternative Abrechnung über die Steigerung gem. § 5 Abs. 2 GOÄ/GOZ zu wählen und ggfs. zusätzlich Auslagenerstattungen geltend zu machen, wenn und soweit die Voraussetzungen des § 10 GOÄ vorliegen. Dabei wäre insbesondere darauf zu achten, dass zwischen dem erhöhten Materialaufwand (also tatsächliche, fallbezogene Mehrausgaben) und dem erhöhten zahnärztlichen/ärztlichen Leistungsaufwand nachvollziehbar differenziert wird.

## I. Neue Pauschalen für Zahnärzte – Veröffentlichung der BZÄK

Zahnärzte können zur Abgeltung der aufgrund der COVID-19-Pandemie deutlich erhöhten Hygienekosten die **Geb.-Nr. 3010 GOZ analog** zum 2,3-fachen Satz, je Sitzung, zum Ansatz bringen.

Auf der Rechnung ist die Geb.-Nr. mit der Erläuterung „3010 analog – erhöhter Hygieneaufwand“ zu versehen. Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer kann der erhöhte Hygieneaufwand – soweit die Analogziffer angesetzt wird – sodann nicht gleichzeitig ein Kriterium bei der Faktorsteigerung nach § 5 Abs. 2 GOZ darstellen (s. [hier https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/goz-extravergeltung-fuer-schutzausruestung-in-zahnarztpraxen.html](https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/goz-extravergeltung-fuer-schutzausruestung-in-zahnarztpraxen.html)). Eine Corona-Hygiene-Pauschale von 14,23 Euro pro Sitzung wurde verhandelt. Dieser Beschluss tritt am 08. April 2020 in Kraft und gilt zunächst befristet bis zum 31. Juli 2020. Er erfasst alle in diesem Zeitraum durchgeführten Behandlungen.

Der 34. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen im Wortlaut (s. hier [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Beratungsforum\\_Beschluesse.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Beratungsforum_Beschluesse.pdf) - Hervorhebungen durch Verfasser):

### COVID 19 und erhöhte Hygienekosten

34. Zur Abgeltung der aufgrund der COVID-19-Pandemie **deutlich erhöhten Kosten für Schutzkleidung** etc. kann der Zahnarzt die Geb.-Nr. 3010 GOZ analog zum 2,3fachen Satz, je Sitzung, zum Ansatz bringen. Auf der Rechnung ist die Geb.-Nr. mit der Erläuterung „3010 analog – erhöhter Hygieneaufwand“ zu versehen. Dem entsprechend kann ein erhöhter Hygieneaufwand dann jedoch **nicht** zeitgleich ein Kriterium bei der Faktorsteigerung nach § 5 Abs. 2 darstellen. Dieser Beschluss tritt am 08. April 2020 in Kraft und gilt zunächst befristet bis zum 31. Juli 2020. Er erfasst **alle in diesem Zeitraum durchgeführten Behandlungen**.

## II. Neue Pauschalen für Ärzte – Veröffentlichung der BÄK

Für Vertragsärzte haben sich der PKV-Verband und die Bundesärztekammer (s. [hier https://www.pkv.de/presse/pressemitteilungen/2020/0512-pkv-baek-extraverquetungen-in-der-corona-krise/](https://www.pkv.de/presse/pressemitteilungen/2020/0512-pkv-baek-extraverquetungen-in-der-corona-krise/)) ebenfalls auf eine Pauschalzusatzvergütung verständigt.

Bis zum 31. Juli 2020 können Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung für jeden unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt einen Betrag in Höhe von 14,75 Euro für erhöhten Hygieneaufwand abrechnen. Im ärztlichen Leistungsbereich gilt mit Wirkung ab dem 07. Mai 2020 die **Ziffer 254 analog**, Erfüllung aufwändiger Hygienemaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie, je Sitzung.

Die amtliche Bekanntmachung des Vorstands der Bundesärztekammer vom 07.05.2020 zur Analogabrechnung im Wortlaut (s. hier [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/GOAE/2020-05-08\\_Bekanntmachung\\_Abrechnungsempfehlungen\\_final.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/GOAE/2020-05-08_Bekanntmachung_Abrechnungsempfehlungen_final.pdf) - Hervorhebungen durch den Verfasser):

*Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 07.05.2020 (Wahlperiode 2019/2023) die nachfolgenden Abrechnungsempfehlungen beschlossen:*

- (1) *Gemeinsame Analogabrechnungsempfehlung von BÄK, PKV-Verband und den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften des Bundes und der Länder für die Erfüllung aufwändiger Hygienemaßnahmen im Rahmen der Covid-19-Pandemie: Erfüllung aufwändiger Hygienemaßnahmen im Rahmen der Covid-19-Pandemie, je Sitzung analog Nr. 245 GOÄ, erhöhte Hygienemaßnahmen, zum 2,3fachen Satz*

*Die Abrechnungsempfehlung gilt zunächst befristet bis zum 31.07.2020 und ist nur bei **unmittelbarem, persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt** anwendbar. Bei Berechnung der Analoggebühr nach Nr. 245 GOÄ kann ein erhöhter Hygieneaufwand **nicht zeitgleich durch ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes für die in der Sitzung erbrachten ärztlichen Leistungen** berechnet werden. Wegen der nach § 21 Abs. 6 KHG pauschal in Höhe von 50 Euro finanzierten **Kosten** für Schutzausrüstungen sind ärztliche Leistungen bei stationärer Behandlung von dieser Abrechnungsempfehlung ausgenommen, sofern die Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V erfolgt.*

## III. (Weitere) Steigerungen gem. § 5 GOÄ

Als Alternative oder zusätzlich wird in unterschiedlichen Online-Veröffentlichungen nahegelegt, die Hygienemaßnahmen zum Anlass zur Steigerung gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ/GOZ wegen der sonst erbrachten Leistungen zu nehmen.

## **§ 5 Abs. 2 GOZ (Hervorhebung durch Verfasser):**

*(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.*

## **§ 5 Abs. 2 GOÄ (Hervorhebung durch Verfasser):**

*2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.*

## **1. Corona-Steigerung-Hygiene zusätzlich zu den vorbezeichneten Analogabrechnungen?**

Ein Grundsatz des Regelungsgefüges und der Rechtsprechung zur GOÄ-/GOZ-Abrechnung ist, dass Doppelabrechnungen derselben Inhalte ausgeschlossen sind. So haben – wie in § 5 Abs. 2 GOZ/GOÄ auch enthalten – Steigerungen zu unterbleiben, wenn die faktorsteigernden Umstände gesondert abrechenbar sind.

Nicht zu empfehlen ist also eine Abrechnung der vorbezeichneten Pauschalen zusätzlich zu einer Steigerung, wenn diese Steigerung nur mit den gestiegenen Hygieneanforderungen begründet würde.

Das stellen die BZÄK und die BÄK in den jeweiligen Veröffentlichungen zum Thema (s. hier <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/gebuehrenordnung/erlaeuterungen-zu-den-abrechnungsempfehlungen-zur-berechnung-von-aerztlichen-leistungen-im-rahmen-der-covid-19-pandemie/> und hier

<https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/goz-extraverquetung-fuer-schutzausruestung-in-zahnarztpraxen.html> ) auch klar:

BZÄK (s. hier: <https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/goz-extraverquetung-fuer-schutzausruestung-in-zahnarztpraxen.html>) :

*„Dem entsprechend kann ein erhöhter Hygieneaufwand dann jedoch nicht gleichzeitig ein Kriterium bei der Faktorsteigerung nach § 5 Abs. 2 darstellen.“*

BÄK ausweislich der „Erläuterungen zu den Abrechnungsempfehlungen zur Berechnung von ärztlichen Leistungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie“:

*Keine gleichzeitige Steigerung der in derselben Sitzung erbrachten Leistungen über den Schwellenwert (z. B. 2,3facher Satz) mit der Begründung z. B. „erhöhter Hygieneaufwand“ etc. auf Grund der COVID-19-Pandemie*

*Steigerung der anderen in derselben Sitzung erbrachten Leistungen über den Schwellenwert (z. B. 2,3facher Satz) nur (!) aufgrund sonstiger Erschwerungsgründe, wie z. B. Blutung, Rezidiv etc.*

Mit Hygieneaufwand begründete Steigerungen der (zahn-)ärztlichen Einzelleistungen neben der Abrechnung der Pauschalen sind mithin recht deutlich nicht erwünscht und werden Probleme bereiten.

## **2. Corona-Steigerung-Hygiene gem. § 5 Abs. 2 GOÄ/GOZ nicht grundsätzlich ausgeschlossen**

Jedenfalls alternativ zu den Analogpauschalen kommt aber in Betracht, im Wege der Faktorsteigerung vorzugehen, wenn zum Beispiel die Leistungsdurchführung durch Hygienemaßnahmen so erschwert wird, dass die Analogpauschale im Einzelfall klar unzureichend ist.

Abhängig von den Einzelleistungen kann die 2,3fache Analogpauschale unwirtschaftlich sein, sodass hier die Infektionsschutzmaßnahmen steigerungsbegründend durchaus

a) mit **erhöhtem Zeitaufwand** oder

b) mit **besonderen Umständen bei der Ausführung**

verbunden sein können.

Hier ist – wie auch sonst bei der Steigerung – besonderes Augenmerk auf die Dokumentation und Begründung der Abrechnung durch den Behandler zu legen.

**Achtung:** Ein nur allgemein erhöhter Hygieneaufwand wird – auch wenn die Pauschalen nicht abgerechnet werden – als Kriterium für eine Faktorsteigerung wahrscheinlich nicht

anerkannt werden. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Pauschale deutlich überschritten würde. Hier wird der Abrechnende ggfs. auf die „Höchstgrenze“ der Pauschalen verwiesen werden. Jedenfalls sind alle gesteigerten Einzelleistungen ausführlich zu begründen, wobei sich eine Differenzierung zwischen Materialmehraufwand und (zahn-)ärztlichem Mehraufwand empfiehlt.

#### **IV. Zusätzliche Materialkosten, § 10 GOÄ (?) bzw. §§ 3, 4 Abs. 3, 10 GOZ**

Die Einmal-Materialkostenabrechnung (abseits vom zahntechnischen Laboraufwand - § 9 GOZ) ist in GOÄ und GOZ jeweils in § 10 GOÄ/GOZ (§ 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ bzw. § 10 angelegt, wobei der Verordnungsgeber für Zahnärzte und Ärzte tatsächlich unterschiedlich vorgegangen ist.

Für Ärzte ist davon auszugehen, dass neben den Pauschalen von den PKVen kein Raum für zusätzliche Auslagenerstattungen gesehen werden wird. Für Zahnärzte sind Auslagenerstattungsbegehren wegen Hygienematerialien grundsätzlich nicht zu empfehlen, wenn keiner der unten beschriebenen Ausnahmefälle vorliegt.

##### **1. Zahnärzte – Grundsatz: gesonderte Auslagenerstattung nur im Sonderfall**

Für den zahnärztlichen Bereich ist der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (nachfolgend: BGH) folgendes zu entnehmen (BGH, Urteil vom 27. Mai 2004 – III ZR 264/03 –, Rn. 9 ff., juris – Hervorhebungen durch den Verfasser):

*Der auf einzelne im Gebührenverzeichnis aufgeführte zahnärztliche Leistungen bezogenen Regelung über die Berechnungsfähigkeit von Materialien muß man entnehmen, **daß andere in der Praxis des Zahnarztes verwendete Materialien, die im Gebührenverzeichnis nicht genannt sind, mit den Gebühren abgegolten sind**, ohne daß es im einzelnen darauf ankäme, die Begriffe der Praxiskosten und des Sprechstundenbedarfs für die Zwecke der Gebührenordnung begrifflich näher zu umreißen.*

Rn. 11:

*Während also in der Gebührenordnung für Ärzte Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, über die Regelung des § 10 Abs. 1 Nr. 1 grundsätzlich gesondert berechnungsfähig sind, **gilt dies für die Gebührenordnung für Zahnärzte nicht**, die - abgesehen von der Regelung über den Auslagenersatz bei zahntechnischen Leistungen (§ 9 GOZ) - die gesonderte Berechnungsfähigkeit an eine entsprechende Bestimmung im Gebührenverzeichnis, also an einzeln beschriebene zahnärztliche Leistungen knüpft.*

**Zu beachten ist aber das Korrektiv der Unzumutbarkeit - Rn. 22:**

*Unabhängig davon, ob man von einer wirklichen Regelungslücke auszugehen hätte oder nur von einer fehlerhaften Einschätzung der mit implantologischen Leistungen verbundenen Kosten, sind die Zahnärzte nicht auf eine Neuregelung durch den Verordnungsgeber zu verweisen. Denn nach Auffassung des Senats begegnet die Gestaltung von Gebühren, die im Rahmen der 2,3-fachen Gebührensätze - ohne Berücksichtigung der allgemeinen Praxiskosten und des üblichen Sprechstundenbedarfs - zu Anteilen von 75 v.H. und mehr vom Einsatz einmalig verwendbarer Werkzeuge aufgezehrt werden, insbesondere dann verfassungsrechtlichen Bedenken, wenn - wie hier - ein Zahnarzt betroffen ist, dessen Tätigkeitsschwerpunkt auf dem Gebiet der Implantologie liegt. **Eine solche Gebührengestaltung entfernt sich so weit von einer sachgerechten Regelung, daß es nicht erforderlich erscheint, die Gebührenkalkulation in bezug auf Praxiskosten und Sprechstundenbedarf weiter aufzuklären und zu der positiven Feststellung zu gelangen, der Zahnarzt müsse bei Tätigkeiten der angesprochenen Art zulegen. Vielmehr ist das objektiv festzustellende Regelungsdefizit dahin zu schließen, daß so ins Gewicht fallende Kosten von Einmalwerkzeugen in erweiternder Auslegung der Allgemeinen Bestimmung Nr. 2 des Abschnitts K gesondert berechnet werden dürfen.***

*(BGH, Urteil vom 27. Mai 2004 – III ZR 264/03 –, Rn. 22, juris)*

Grundsätzlich soll es nach der GOZ also keine gesonderte Auslagenerstattung geben. Es bestehen aber vier anerkannte Ausnahmetatbestände:

1. die positive Bestätigung der zusätzlichen Auslagenberechnung ist in der jeweiligen GOZ-Abrechnungsziffer enthalten;
2. Analogabrechnungen, wenn die Leistung in der GOZ nicht enthalten ist (hier kann logisch in der nicht enthaltenen GOZ-Ziffer auch keine gesonderte Kostenerstattung geregelt sein);
3. Leistungen gemäß § 6 Abs. 2 GOZ (s.u. Wortlaut im Anhang) – namentlich ärztliche Leistungen. Werden Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ berechnet, bestimmt § 10 GOÄ, für welche Auslagen im Zusammenhang mit diesen Leistungen Ersatz gefordert werden kann;
4. Unzumutbare Regelungslücke der GOZ im Sinne des BHG-Urteils (s.o. – Ausnahmekonstellation), anzunehmen wenn Kosten 75% des 2,3 Gebührensatzes aufbrauchten

Hinweis: teilweise wird in dieser Quote kein allgemeingültiger Grundsatz gesehen; im BZÄK-GOZ-Kommentar heißt es jedoch zutreffend: „Aufgrund des BGH-Urteils vom 27.05.2004 (Az: III ZR 264/03) muss davon ausgegangen werden, dass sich die Instanzgerichte der Bewertung des

*BGH anschließend werden, der die Materialkosten als getrennt berechenbar ansieht, sofern die Zumutbarkeitsgrenze überschritten ist“ (siehe Seite 11, [hier https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf) ).*

Festzuhalten ist, dass Auslagenerstattungen für Zahnärzte – im Gegensatz zu den Regelungen der GOÄ für Ärzte – nur ausnahmsweise und nicht in Standardfällen vorgesehen sind.

Zusätzlich ist hervorzuheben, dass die BZÄK – anders als die BÄK – in der Veröffentlichung der Abrechnungshinweise unmittelbar auf die „Beschaffung von Schutzmaterial“ abstellt – s. hier <https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/goz-extraverguetung-fuer-schutztausruestung-in-zahnarztpraxen.html> – wozu Einmalmasken und Schutzkittel gehören.

Im Ergebnis ist im zahnärztlichen Bereich – vorbehaltlich der Ausnahmen s.o. und unbeschadet einer wirksamen Individualvereinbarung mit den Patienten – nicht zu empfehlen, Auslagenerstattungen geltend zu machen.

Hier sollte man bei Bedürfnis im Einzelfall ggfs. auf die Faktorsteigerung der zahnärztlichen Leistung zurückgreifen, mit entsprechend ausführlicher Begründung. Dass die Faktorsteigerung der zahnärztlichen Leistungen jedenfalls nicht aufgrund der Einführung der Pauschalen generell ausscheidet, scheint die BZÄK im Grundsatz genauso zu bewerten (s. [hier https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/goz-extraverguetung-fuer-schutztausruestung-in-zahnarztpraxen.html](https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/goz-extraverguetung-fuer-schutztausruestung-in-zahnarztpraxen.html) , „Dem entsprechend kann ein erhöhter **Hygieneaufwand dann jedoch nicht gleichzeitig** ein Kriterium bei der Faktorsteigerung nach § 5 Abs. 2 darstellen“).

## **2. Ärzte: Nicht ausgeschlossene Auslagenerstattung gem. § 10 Abs. 1 GOÄ**

Ein grundsätzlicher Ausschluss der Geltendmachung von Hygieneauslagen im ambulanten Bereich ist nicht geregelt, insbesondere dann nicht, wenn eine Gebührensteigerung und keine Analogabrechnung erfolgt, was unseres Erachtens rechtlich möglich ist (s.o.).

Verursachen die besonderen Infektionsschutzmaßnahmen zusätzliche Einmal-Kosten, die „normalerweise“ bei derselben Leistung nicht anfallen, jetzt aber erforderlich sind, können grundsätzlich zusätzliche Kosten im Sinne von § 10 Absatz 1 Nr. 1 GOÄ grundsätzlich abgerechnet werden.

### **§ 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ (Hervorhebung durch Verfasser):**

- (1) *Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden*

1. *die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,*

Es muss sich um „Einmalmaterialien“ handeln („mit einmaliger Verwendung verbraucht“).

Ausgeschlossen sind deswegen aber gemäß § 10 Abs. 2 die dort enthaltenen Materialien:

*(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für*

*1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandsspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,*

*2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,*

*3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,*

*4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für*

*5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.*

Beispielsweise sind Einmal-Masken und Einmal-Schutzkittel – wichtig s.o.: bestimmungsgemäß muss es sich um Einmalmaterialien handeln bzw. eine Einmalverwendung muss aktuell coronabedingt erforderlich sein – nicht im Ausschlussstatbestand von § 10 Abs. 2 GOÄ enthalten und sollten deswegen grundsätzlich ansetzbar sein.

### **3. GOÄ - Zusätzlicher Auslagenersatz neben Analogzifferabrechnung?**

Unseres Erachtens wird aber eine Hygieneartikel-Auslagenerstattung – insbesondere neben dem Ansatz der Corona-Analogpauschale – überwiegend wahrscheinlich beanstandet werden.

Wegen zusätzlicher Materialkostenabrechnungen (Auslagen) ist – trotz unproblematischer Klarstellungsmöglichkeit – zwar kein Hinweis in den Erläuterungen zu den Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer enthalten, nach dem die Auslagenerstattung neben der Analogabrechnung (wie oben beschrieben) prinzipiell ausgeschlossen wäre. Zieht man die Erläuterungen also bei der Auslegung heran, ergibt sich prima facie kein Abrechnungsausschluss.

Dies gilt insbesondere dann, wenn der Zusatzaufwand bei der Abrechnung nur über die Faktorsteigerung gem. § 5 Abs. 2 geltend gemacht würde, weil diese die Auslagenerstattung rechtstechnisch nicht umfasst und parallel keine Pauschalziffer abgerechnet würde, die ggfs. solche Auslagen bereits abdecken soll.

Gleichwohl ist im Hinblick auf den Wortlaut der amtlichen Bekanntmachung des Vorstands der Bundesärztekammer vom 07.05.2020 zur Analogabrechnung (s.o.) zu bemerken, dass die Analogpauschale bei stationären Leistungen wegen der in § 21 Abs. 6 KHG geregelten Pauschalabgeltung von 50,- € / Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen nicht greift. Da in § 21 Abs. 6 KHG klar der finanzielle Ausgleich auch für Schutzausrüstungen geregelt ist, sollte man davon ausgehen, dass die Corona-Analogpauschale im ambulanten Bereich von der PKVen so verstanden wird, dass diese nicht nur den ärztlichen Mehraufwand, sondern auch die Auslagen für Einmalmaterialien abdecken sollen. Daraus folgte dem Grundsatz, dass Doppelabrechnungen gebührenrechtlich ausgeschlossen sein sollen, entsprechend, kein weiterer Auslagenersatz.

#### **§ 21 Abs. 6 KHG im Wortlaut:**

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

Im stationären Bereich führt ein anderer gesetzlicher „Materialkostenausgleich“ zum Entfallen der Analogabrechnungsmöglichkeit. Man wird deswegen also davon ausgehen müssen, dass zumindest die PKVen die Analogziffer (neu) auch als vollständige Auslagenabgeltung verstehen werden.

#### **4. GOÄ – Steigerung bei einzelfallbezogen Unwirtschaftlichkeit der Analog-Pauschale?**

Auch im ärztlichen Bereich ist eine differenzierende Betrachtung der Analog-Pauschale notwendig. Diese ist zweckmäßig bei gesamt betrachtend ungefährender Kostendeckung anzusetzen. Ein grundsätzliches Abweichen von der von PKV/BÄK vorgeschlagenen Abrechnung muss im Hinblick auf die zu befürchtenden „standardmäßigen“ Beanstandungen gut überlegt und im Vollzug auch umsetzbar sein. Alternativabrechnungen abseits der Pauschalen sollten tragfähige wirtschaftliche Einzelfallbegründungen zugrunde liegen.

Die Abrechnung von Steigerungen ärztlicher Leistungen gem. § 5 Abs. 2 GOÄ kann in den Fällen zu erwägen sein, in denen die Pauschale einzelfallbedingt klar unzureichend ist. Diese Gebührensteigerung in Einzelfällen aufgrund von Corona-Sondermaßnahmen ist gesetzlich nicht ausgeschlossen. Steigerungsgründe sind jedoch im Gegensatz zur dahingehend vorteilhaften Pauschalen-Abrechnung ausführlich zu dokumentieren und zu begründen, wobei darauf geachtet werden sollte, den konkreten ärztlichen Mehraufwand und nicht (nur) die grundsätzlichen Hygienemaßnahmen bei der Steigerung in den Fokus zu rücken.

Es ist nicht davon auszugehen, dass PKVen neben der Abrechnung der besonders geschaffenen Pauschalen zusätzliche Auslagenerstattungen und erst recht keine zusätzlichen Steigerungen anerkennen. Auslagen können unter den Voraussetzungen des § 10 GOÄ (s.o.) aber neben einer Steigerung gem. § 5 Abs. 2 GOÄ in Betracht kommen. Auch hier ist die zu dokumentierende Abgrenzung (Einmal-Materialaufwand begründet Auslagenersatz – Ärztlicher Mehraufwand begründet Steigerung) wichtig. Generell sollte bei Alternativabrechnungen abseits der Pauschalen zwischen dem ärztlichen/zahnärztlichen Mehraufwand (insbesondere Zeit und zusätzlich erforderliche Maßnahmen) und dem zusätzlichen Einmal-Materialaufwand (Einmalmasken, Einmalschutzkleidung usw.) differenziert werden. Es muss klar werden, dass neben dem grundsätzlich gestiegenen „allgemeinen Hygieneaufwand“ einige Leistungen aktuell nur mit erheblichem Leistungsmehraufwand und Kostenmehraufwand umsetzbar sind. Für diese Fälle sind die fallübergreifenden Standardpauschalen erkennbar keine angemessene Kompensation.

Dr. Felix Reimer LL.M. (Medizinrecht)

## **Anhang – wesentliche gesetzliche Vorschriften im Volltext:**

### **§ 2 GOZ**

#### **Abweichende Vereinbarung**

(1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Absatz 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Absatz 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des

Zahnarzt schriftlich zu treffen. Dieses muß neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muß vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muß die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, daß es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Absatz 1 bleibt unberührt.

(4) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlzahnarzt persönlich erbrachte Leistungen zulässig.

### **§ 3 GOZ**

#### **§ 3 Vergütungen**

Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

### **§ 4 GOZ:**

#### **§ 4 Gebühren**

(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannten zahnärztlichen Leistungen.

(2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.

### **§ 6 GOZ:**

(1) Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.

(2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbstständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind:

1. B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI,

2. C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, C VIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,

3. E V und E VI,

4. J,

5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,

6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715,

7. N unter der Nummer 4852 sowie

8. O.

## **§ 10 GOZ**

### **§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung**

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung nach der Anlage 2 erteilt worden ist. Künftige Änderungen der Anlage 2 werden durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Bekanntmachung veröffentlicht.

(2) Die Rechnung muß insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat-zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,
4. bei Entschädigungen nach § 8 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise, insbesondere Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis der verwendeten Legierungen,
6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien; die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern.

(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nummer 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Fall einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten

Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Absatz 1 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

(5) Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

(6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der Betroffene gegenüber dem Zahnarzt in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich eingewilligt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat.

## **§ 10 GOÄ**

### **§ 10 Ersatz von Auslagen**

(1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden

1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,

2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,

3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie

4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Watte-  
stäbchen, Gummifingerlinge,

2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,

3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,

4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur so-  
fortigen Anwendung sowie für

5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmal-  
harnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspe-  
kula.

(3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die ge-  
samten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Trans-  
port entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus Abschnitte M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus Abschnitt M oder N erbringt. Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

## **§ 21 KHG**

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

(1) Soweit zugelassene Krankenhäuser zur Erhöhung der Bettenkapazitäten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschieben oder aussetzen, erhalten sie für die Ausfälle der Einnahmen, die seit dem 16. März 2020

dadurch entstehen, dass Betten nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

(2) Die Krankenhäuser ermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1, indem sie täglich, erstmals für den 16. März 2020, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der tagesbezogenen Pauschale nach Absatz 3 zu multiplizieren. Die Krankenhäuser melden den sich für sie jeweils aus der Berechnung nach Satz 2 ergebenden Betrag differenziert nach Kalendertagen wöchentlich an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die alle von den Krankenhäusern im Land gemeldeten Beträge summiert. Die Ermittlung nach Satz 1 ist letztmalig für den 30. September 2020 durchzuführen. Die Ausgleichszahlungen nach Satz 1 gehen nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein.

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

(4) Die Länder übermitteln die für ihre Krankenhäuser aufsummierten Beträge nach Absatz 2 Satz 3 jeweils unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung; dabei sind die Beträge nach Absatz 5 Satz 1 gesondert auszuweisen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der nach Satz 1 angemeldeten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land zur Weiterleitung an die Krankenhäuser aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Um eine schnellstmögliche Zahlung zu gewährleisten, kann das Land beim Bundesamt für Soziale Sicherung ab dem 28. März 2020 Abschlagszahlungen beantragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der aufsummierten Beträge sowie der Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einschließlich der Abschlagszahlungen.

(5) Zugelassene Krankenhäuser, die mit Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit durch Aufstellung von Betten schaffen oder durch Einbeziehung von Betten aus anderen Stationen vorhalten, erhalten für jedes bis zum 30. September 2020 aufgestellte oder vorgehaltene Bett einmalig einen Betrag in Höhe von 50 000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Krankenhäuser führen den sich für sie jeweils nach Satz 1 ergebenden Betrag gesondert als Teil der Meldung nach Absatz 2 Satz 3 auf. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt den Betrag nach Satz 1 als Teil der Zahlung nach Absatz 4 Satz 2.

(6) Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, rechnen zugelassene Krankenhäuser für jeden Patienten und jede Patientin, der oder die zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020 zur voll- oder

teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 50 Euro ab. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber dem Patienten oder der Patientin oder ihren Kostenträgern.

(7) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 10. April 2020 das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der täglich voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Referenzwert für die Ermittlung und Meldung nach Absatz 2. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren zwei Wochen fest.

(8) Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt dem Bundesministerium der Finanzen jeden Monat, erstmals zum 30. April 2020, die Höhe des an die Länder nach Absatz 4 Satz 2 überwiesenen Betrags ohne den auf Absatz 5 Satz 1 entfallenden Anteil mit. Der Bund erstattet den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds innerhalb von einer Woche nach der Mitteilung gemäß Satz 1.

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