

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) **zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
– Drucksache 20/1331 –**

**Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in
Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen
(Pflegebonusgesetz)**

- b) **zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 20/1014 –**

**Bonuszahlung für Leistung der Medizinischen Fachangestellten,
Zahnmedizinischen Fachangestellten sowie Beschäftigter im
Rettungswesen in der Corona-Pandemie – Nachhaltige Stärkung des
Berufsbilds der Medizinischen Fachangestellten jetzt voranbringen**

A. Problem

Zu Buchstabe a

Nach Ansicht der Gesetzesinitianten stellt die andauernde Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie das Pflegepersonal in Krankenhäusern und in der Langzeitpflege vor besondere Belastungen, die durch die Zahlung eines Pflegebonus honoriert werden sollen. Zudem wollen die Gesetzesinitianten die Umsetzung der Regelungen der §§ 72 und 82c des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zur Zahlung einer Entlohnung mindestens in Tarifhöhe für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Pflege und Betreuung durch entsprechende Umsetzungsvorschriften vorantreiben und die Liquidität der Krankenhäuser, die bislang noch keinen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert mit den Kostenträgern vereinbart hätten, stärken.

Um diese besonderen Belastungen des Pflegepersonals in Krankenhäusern und in der Langzeitpflege anzuerkennen, wollen die Gesetzesinitianten kurzfristig finanzielle Mittel für die Zahlung einer Prämie bereitstellen. Es sollen 500 Millionen Euro für Prämienzahlungen im Krankenhausbereich verwendet und weitere 500 Millionen Euro für Prämienzahlungen im Bereich der Langzeitpflege eingesetzt werden. Weiter soll der Pflegeentgeltwert befristet angehoben werden.

Zu Buchstabe b

Nach Ansicht der Antragsteller haben die Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten während der Corona-Pandemie unter großem persönlichen Risiko den Betrieb der ambulanten Praxen aufrechterhalten und wesentlich zum Erfolg der Impfkampagne gegen SARS-CoV-2 beigetragen. Es sei deshalb notwendig, dass der Bund als Zeichen der Wertschätzung der erbrachten Leistung und der Leistungsbereitschaft eine umfassende und bundesweite Bonusregelung beschließe. Darüber hinaus müssten das Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten reformiert und deren Tarifabschlüsse flächendeckend vollständig refinanziert werden.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/1331 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe b

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/1014 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE.

C. Alternativen

Zu den Buchstaben a und b

Laut Initianten keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand laut Initianten

Zu Buchstabe a

Bund, Länder und Gemeinden

Dem Bundeshaushalt entstehen durch den Pflegebonus Ausgaben von 1 Milliarde Euro.

Durch die befristete Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts von bislang 163,04 Euro auf 200 Euro erhalten die Krankenhäuser je 10 Millionen Pflergetagen rund 370 Millionen Euro zusätzliche Einnahmen. Unter der Annahme, dass rund 2,5 Prozent davon durch Beihilfezahlungen von Bund, Ländern und Gemeinden zu finanzieren sind, entfallen auf diese rund 9 Millionen Euro. Unter der Annahme, dass sich dieser Betrag im Verhältnis 30 zu 70 auf den Bund einerseits und auf die Länder und die Gemeinden andererseits verteilt, haben der Bund rund 3 Millionen Euro und die Länder und die Gemeinden rund 6 Millionen Euro zu tragen. Dauerhafte Mehrausgaben entstehen Bund, Ländern und Gemeinden nicht, weil ein Ausgleich vorzunehmen ist, wenn der vorläufige Pflegeentgeltwert

oberhalb des noch zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts liegt (vgl. § 15 Absatz 2 Satz 3 i. V. m. Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)).

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die befristete Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts von bislang 163,04 Euro auf 200 Euro erhalten die Krankenhäuser je 10 Millionen Pflergetagen rund 370 Millionen Euro zusätzliche Einnahmen. Unter der Annahme, dass rund 90 Prozent davon von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren sind, entfallen auf diese rund 330 Millionen Euro. Dauerhafte Mehrausgaben entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, weil ein Ausgleich vorzunehmen ist, wenn der vorläufige Pflegeentgeltwert oberhalb des noch zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts liegt (vgl. § 15 Absatz 2 Satz 3 i. V. m. Absatz 3 KHEntgG).

Zu Buchstabe b

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand laut Initianten

Zu Buchstabe a

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht insgesamt ein Erfüllungsaufwand von 4 222 000 Euro.

Den 837 prämienerberechtigten Krankenhäusern entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Übermittlung der Daten zur Anzahl der Pflegefachkräfte und Intensivpflegefachkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und zur Anzahl der im Jahr 2021 insgesamt in der Intensivpflege eingesetzten Pflegekräfte an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), die Auszahlung der Prämien sowie Aufwand im Zusammenhang mit der Bestätigung durch den Jahresabschlussprüfer. Dafür sind durchschnittlich zwei Stunden je Krankenhaus bei einem Kostensatz von 59,10 Euro je Stunde zu veranschlagen. Dies ergibt unter Zugrundelegung der durch das InEK bereits plausibilisierten Daten eine Kostenbelastung von rund 99 000 Euro.

Für die Pflegeeinrichtungen, die nach § 72 SGB XI zugelassen sind, entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4 082 000 Euro. Er resultiert daraus, dass diese Pflegeeinrichtungen erstens für ihre Beschäftigten jeweils die Höhe des Corona-Pflegebonus ermitteln müssen, zweitens jeweils die Gesamthöhe der von ihnen zu zahlenden Corona-Pflegeboni berechnen müssen, drittens den Pflegekassen diese Gesamthöhe melden müssen und viertens den Corona-Pflegebonus an ihre Beschäftigten auszahlen müssen. Je Pflegeeinrichtung ist hierfür ein Zeitaufwand von insgesamt vier Stunden in der Verwaltung (insbesondere der Lohnbuchhaltung) zu veranschlagen. Der Gesamtzeitaufwand für alle rund 30 100 von der Regelung betroffenen Pflegeeinrichtungen (14 700 ambulante Pflegeeinrichtungen, 15 400 teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen; Pflegestatistik 2019) beträgt daher 120 400 Stunden bei einem Kostensatz von 33,90 Euro je Stunde.

Für die Arbeitgeber, die in den Pflegeeinrichtungen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung oder eines Werkvertrags oder eines Dienstleistungsvertrags eingesetzt haben, entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 41 000 Euro. Er entspricht ungefähr dem Anteil an der Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen.

Für die Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 678 Euro je beteiligtem Verband. Er resultiert daraus, dass die Bundesvereinigungen das Verfahren der Zahlung und Nachweispflichten des Corona-Pflegebonus und das Verfahren, wie die Pflegeeinrichtungen, die den Corona-Pflegebonus an ihre Beschäftigten auszuzahlen haben, zu informieren sind, mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen abstimmen müssen. Für diese Abstimmungen wird eine Dauer von ca. 20 Stunden zugrunde gelegt bei einem Kostensatz von 33,90 Euro je Stunde.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Insgesamt entstehen für die Verwaltung ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 990 000 Euro sowie ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 50 000 Euro.

Dem InEK entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Ermittlung der für die Prämienzahlungen anspruchsberechtigten Krankenhäuser, die Ermittlung der Prämienhöhe für Pflegefachkräfte und Intensivpflegefachkräfte und der Höhe der Prämiensumme je Krankenhaus. Die dafür zugrunde gelegten Daten liegen dem InEK vor und wurden im Rahmen der Routineaufgaben und der Aufgaben, die sich für das InEK aus den Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) durch das Dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) ergeben, bereits plausibilisiert. Für die erforderliche Ermittlung der anspruchsberechtigten Krankenhäuser und die Veröffentlichung auf der Internetseite, die Aufforderung der Krankenhäuser zur Übermittlung der Daten zur Anzahl der Pflegefachkräfte und der Intensivpflegefachkräfte, die Prüfung und Plausibilisierung der Daten, die Kommunikation mit den Krankenhäusern, die Berechnung der Prämienhöhe für Pflegefachkräfte und Intensivpflegefachkräfte und die Berechnung der jeweiligen Prämienvolumina je Krankenhaus, die Erstellung einer Übersicht für das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und deren Veröffentlichung benötigen zwei Beschäftigte des InEK jeweils 120 Stunden bei einem Kostensatz von 70,50 Euro, so dass ein Erfüllungsaufwand von etwa 17 000 Euro entsteht.

Dem GKV-Spitzenverband entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Entgegennahme und Weiterleitung der Prämienbeträge an die prämierten Krankenhäuser, die Aufstellung über die ausgezahlten Mittel sowie ggf. die Rückführung der Beträge an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von rund 4 300 Euro (zwei Personen, jeweils acht Stunden an vier Tagen bei einem Kostensatz von 66,20 Euro je Stunde). Dem BAS entstehen geringe Kosten von 234 Euro für die einmalige Auszahlung der Mittel an den GKV-Spitzenverband und gegebenenfalls die Rückzahlung eines Teilbetrages an den Bundeshaushalt

(Zeitaufwand von zwei Stunden für den höheren Dienst bei einem Lohnkostensatz von 70,50 Euro pro Stunde und Zeitaufwand von zwei Stunden für den gehobenen Dienst bei einem Lohnkostensatz von 46,50 Euro pro Stunde).

Für die Pflegekassen entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 742 000 Euro. Er resultiert aus dem Aufwand, der den Pflegekassen dadurch entsteht, dass sie die Anträge auf Kostenerstattung bearbeiten müssen, die im Zusammenhang mit der Auszahlung des Corona-Pflegebonus an die Pflegeeinrichtungen stehen. Je Pflegeeinrichtung ist für die Bearbeitung ein durchschnittlicher Zeitaufwand von rund 20 Minuten (inklusive Rückfragen und Plausibilisierung) bei den Pflegekassen zu veranschlagen. Zusätzlich sind bei den Pflegekassen weitere 20 Minuten je Pflegeeinrichtung zu veranschlagen für die Prüfung der von den Pflegeeinrichtungen nachträglich bis zum 15. Februar 2023 gemeldeten Angaben der tatsächlichen Auszahlungen des im Rahmen der Vorauszahlung bei den Pflegekassen angezeigten Pflegebonus. Daraus resultiert bei den Pflegekassen bei 30 100 Pflegeeinrichtungen (14 700 ambulante Pflegeeinrichtungen, 15 400 teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen; Pflegestatistik 2019) ein Zeitaufwand von insgesamt rund 19 800 Stunden bei einem Kostensatz von 36,80 Euro je Stunde.

Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 1 800 Euro. Er resultiert daraus, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen das Meldeverfahren hinsichtlich der einrichtungsbezogenen Gesamtbeträge, zum Auszahlungsverfahren und zur Information der Beschäftigten über die Sonderzahlung mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene abstimmen muss. Es wird zugrunde gelegt, dass für diese Aufgabe ein Zeitaufwand von ca. 40 Stunden auf der Ebene der Referatsleitung und auf der Ebene der Referentinnen und Referenten benötigt wird bei einem Kostensatz von 45,10 Euro je Stunde.

Für die Landesverbände der Pflegekassen entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand gegenüber der bisherigen Fassung des § 82c Absatz 5 SGB XI in Höhe von 5 000 Euro für Personalkosten sowie ein darauffolgender jährlicher, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand in Form von Personalaufwendungen. Dieser resultiert aus der Prüfung der durchgeschriebenen Fassung der Tarifverträge. Derzeit sind ca. 210 Tarifverträge in der Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 SGB XI gelistet. Bei einem Stundenlohn von 47,20 Euro sowie einem Zeitaufwand von 30 Minuten je Tarifvertrag wird von einem erstmaligen Erfüllungsaufwand von ca. 5 000 Euro ausgegangen. In den darauffolgenden Jahren reduziert sich der Erfüllungsaufwand, da nur noch die Tarifverträge geprüft werden müssen, die neu in die Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 SGB XI aufgenommen werden. Darüber hinaus wird von einmaligen Sachaufwendungen zur Etablierung und zum Betrieb der IT von ca. 220 000 Euro sowie von jährlichen Sachaufwendungen in Höhe von 50 000 Euro ausgegangen, wenn die Tarifverträge auf diesem Weg den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

Demgegenüber steht jedoch eine nicht quantifizierbare Reduzierung des Erfüllungsaufwands der Wirtschaft bei den nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen. Diese müssen künftig die Tarifverträge, auf welche sie sich beziehen wollen, nicht mehr von den Tarifvertragsparteien abfordern.

Zu Buchstabe b

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten laut Initianten

Zu Buchstabe a

Durch die befristete Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts von bislang 163,04 Euro auf 200 Euro erhalten die Krankenhäuser je 10 Millionen Pflagetagen rund 370 Millionen Euro zusätzliche Einnahmen. Unter der Annahme, dass rund 7,5 Prozent davon von der privaten Krankenversicherung zu finanzieren sind, entfallen auf diese rund 30 Millionen Euro. Dauerhafte Mehrausgaben entstehen der privaten Krankenversicherung nicht, weil ein Ausgleich vorzunehmen ist, wenn der vorläufige Pflegeentgeltwert oberhalb des noch zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwerts liegt (vgl. § 15 Absatz 2 Satz 3 i. V. m. Absatz 3 KHEntgG).

Zu Buchstabe b

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/1331 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 20/1014 abzulehnen.

Berlin, den 18. Mai 2022

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Stellvertretende Vorsitzende

Dr. Christos Pantazis
Berichtersteller

Erich Irlstorfer
Berichtersteller

Kordula Schulz-Asche
Berichterstellerin

Nicole Westig
Berichterstellerin

Martin Sichert
Berichtersteller

Ates Gürpınar
Berichtersteller

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz)

– Drucksache 20/1331 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen	Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen
(Pflegebonusgesetz)	(Pflegebonusgesetz)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Nach § 26d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist, wird folgender § 26e eingefügt:	Nach § 26d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist, wird folgender § 26e eingefügt:
„§ 26e	„§ 26e
Erneute Sonderleistung an Pflegefachkräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie	Erneute Sonderleistung an Pflegefachkräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie
(1) Ist ein zugelassenes Krankenhaus, das seine Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2021 besonders belastet gewesen durch die vollstationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen sind, so hat es Anspruch auf eine Auszahlung aus Bundesmitteln in der nach Absatz 6 ermittelten Höhe. Als besonders belastet gilt ein Krankenhaus, in dem im Zeitraum nach Satz 1 mehr als zehn Patientinnen und Patienten behandelt worden sind, die	(1) Ist ein zugelassenes Krankenhaus, das seine Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2021 besonders belastet gewesen durch die vollstationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen sind, so hat es Anspruch auf eine Auszahlung aus Bundesmitteln in der nach Absatz 6 ermittelten Höhe. Als besonders belastet gilt ein Krankenhaus, in dem im Zeitraum nach Satz 1 mehr als zehn Patientinnen und Patienten behandelt worden sind, die

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen sind und	1. un v e r ä n d e r t
2. mehr als 48 Stunden gemäß der Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Absatz 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes – Version 2021 für das Datenjahr 2020, Fortschreibung vom 24. November 2020 – beatmet worden sind.	2. un v e r ä n d e r t
Welches Krankenhaus Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln hat, ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Daten, die ihm nach § 21 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 zur Verfügung stehen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 27. Mai 2022 eine Übersicht über alle Krankenhäuser, die einen Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln haben, barrierefrei auf seiner Internetseite. In der Veröffentlichung sind jeweils der Name des Krankenhauses und sein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anzugeben.	Welches Krankenhaus Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln hat, ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Daten, die ihm nach § 21 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 zur Verfügung stehen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 1. Juli 2022 eine Übersicht über alle Krankenhäuser, die einen Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln haben, barrierefrei auf seiner Internetseite. In der Veröffentlichung sind jeweils der Name des Krankenhauses und sein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anzugeben.
(2) Erhält ein Krankenhaus die Auszahlung aus Bundesmitteln, muss es mit dem ausgezahlten Betrag eine Prämie als einmalige Sonderleistung an diejenigen Pflegefachkräfte zahlen, die im Jahr 2021 für mindestens 185 Tage <i>mit direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus</i> in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in dem Krankenhaus beschäftigt gewesen sind. Die Zahlung soll innerhalb von vier Wochen erfolgen, nachdem das Krankenhaus seine Auszahlung vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 7 Satz 4 erhalten hat. An Pflegefachkräfte nach Satz 1, die an mindestens einem <i>der 185 Tage</i> in Teilzeit <i>gearbeitet haben</i> , muss das Krankenhaus die Prämie anteilig in der Höhe zahlen, die dem Verhältnis ihrer vertraglichen Arbeitszeit zu der Arbeitszeit in Vollzeitbeschäftigung entspricht.	(2) Erhält ein Krankenhaus die Auszahlung aus Bundesmitteln, muss es mit dem ausgezahlten Betrag eine Prämie als einmalige Sonderleistung an diejenigen Pflegefachkräfte zahlen, die im Jahr 2021 für mindestens 185 Tage in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in dem Krankenhaus beschäftigt gewesen sind. In Satz 1 genannte Pflegefachkräfte, die als Intensivpflegefachkräfte im Jahr 2021 für mindestens drei Monate in der Intensivpflege tätig waren, erhalten eine um den Faktor 1,5 erhöhte Prämie. Die Zahlung soll innerhalb von vier Wochen erfolgen, nachdem das Krankenhaus seine Auszahlung vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 7 Satz 4 erhalten hat. An Pflegefachkräfte nach den Sätzen 1 und 2 , die im Jahr 2021 an mindestens einem Tag in Teilzeit in dem Krankenhaus beschäftigt waren und an Pflegefachkräfte nach den Sätzen 1 und 2, die nicht im gesamten Jahr 2021 in dem Krankenhaus beschäftigt waren , muss das Krankenhaus die Prämie anteilig in der Höhe zahlen, die dem Verhältnis ihrer vertraglichen Arbeitszeit zu der Arbeitszeit in Vollzeitbeschäftigung und dem Verhältnis der Dauer ihrer Beschäftigung in dem Krankenhaus zur Ganzjahresbeschäftigung entspricht.
(3) Pflegefachkräfte im Sinne des Absatzes 2 sind Personen, die über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 des Pflegeberufgesetzes, auch	(3) Pflegefachkräfte im Sinne des Absatzes 2 sind Personen, die über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 des Pflegeberufgesetzes, auch

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
in Verbindung mit § 66 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes, verfügen. Intensivpflegefachkräfte sind Pflegefachkräfte im Sinne des Satzes 1, die	in Verbindung mit § 66 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes, verfügen. Intensivpflegefachkräfte im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind Pflegefachkräfte im Sinne des Satzes 1, die über eine abgeschlossene landesrechtliche Weiterbildung als Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie oder als Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie verfügen.
1. die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 erfüllen,	1. entfällt
2. über eine abgeschlossene landesrechtliche Weiterbildung als Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie oder Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie verfügen und	2. entfällt
3. im Jahr 2021 für mindestens drei Monate in der Intensivpflege tätig waren.	3. entfällt
(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus fordert die Krankenhäuser, die Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln haben, bis zum 30. Mai 2022 auf, ihm bis zum 15. Juni 2022 die folgenden Angaben mitzuteilen:	(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus fordert die Krankenhäuser, die Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln haben, bis zum 4. Juli 2022 auf, ihm bis zum 31. Juli 2022 die folgenden Angaben mitzuteilen:
1. die Anzahl der in Absatz 2 Satz 1 genannten Pflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Anzahl der in Absatz 3 Satz 2 genannten Intensivpflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte,	2. die Anzahl der in Absatz 2 Satz 2 genannten Intensivpflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte,
3. die Anzahl der nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeldeten Pflegefachkräfte, die im Jahr 2021 insgesamt in der Intensivpflege eingesetzt waren, umgerechnet in Vollkräfte.	3. u n v e r ä n d e r t
Als Vollkraft im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 und 2 gilt, wer im Jahr 2021 mindestens 185 Tage in dem Krankenhaus beschäftigt war. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann den Krankenhäusern Vorgaben zum Inhalt und zur Ausgestaltung der Mitteilung machen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus prüft die ihm nach Satz 1 mitgeteilten Daten auf der Grundlage der Daten, die ihm nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 zur Verfügung stehen, auf Plausibilität.	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann den Krankenhäusern weitere Vorgaben zum Inhalt und zur Ausgestaltung der Mitteilung machen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus prüft die ihm nach Satz 1 mitgeteilten Daten auf der Grundlage der Daten, die ihm nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 zur Verfügung stehen, auf Plausibilität.
(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt die Prämienhöhe für die in Absatz 2	(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt die Prämienhöhe für die in Absatz 2

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 1 genannten Pflegefachkräfte in <i>Vollzeitbeschäftigung</i> , indem es	Satz 1 genannten Pflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte , indem es
1. von der Gesamtzahl aller nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 mitgeteilten Pflegefachkräfte die Gesamtzahl aller nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilten Intensivpflegefachkräfte abzieht,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Gesamtzahl aller nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilten Intensivpflegefachkräfte mit 1,5 multipliziert,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die nach Nummer 1 ermittelte Zahl zu der nach Nummer 2 ermittelten Zahl addiert und	3. u n v e r ä n d e r t
4. einen Betrag von 500 Millionen Euro durch die nach Nummer 3 ermittelte Zahl dividiert.	4. u n v e r ä n d e r t
Bei der Ermittlung sind die nach Durchführung der Plausibilitätsprüfung nach Absatz 4 Satz 4 ermittelten Werte zu Grunde zu legen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt die Prämienhöhe für die in Absatz 3 Satz 2 genannten Intensivpflegefachkräfte in <i>Vollzeitbeschäftigung</i> , indem es die nach Satz 1 ermittelte Prämienhöhe mit 1,5 multipliziert.	Bei der Ermittlung sind die nach Durchführung der Plausibilitätsprüfung nach Absatz 4 Satz 3 ermittelten Werte zu Grunde zu legen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt die Prämienhöhe für die in Absatz 2 Satz 2 genannten Intensivpflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte , indem es die nach Satz 1 ermittelte Prämienhöhe mit 1,5 multipliziert.
(6) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt für jedes Krankenhaus die Höhe der Auszahlung aus Bundesmitteln, auf die das Krankenhaus nach Absatz 1 Satz 1 einen Anspruch hat, indem es	(6) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt für jedes Krankenhaus die Höhe der Auszahlung aus Bundesmitteln, auf die das Krankenhaus nach Absatz 1 Satz 1 einen Anspruch hat, indem es
1. die nach Absatz 5 Satz 1 für Pflegefachkräfte <i>in Vollzeitbeschäftigung</i> ermittelte Prämienhöhe mit der nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 mitgeteilten Anzahl der Pflegefachkräfte abzüglich der nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilten Anzahl der Intensivpflegefachkräfte multipliziert,	1. die nach Absatz 5 Satz 1 für Pflegefachkräfte ermittelte Prämienhöhe mit der nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 mitgeteilten Anzahl der Pflegefachkräfte abzüglich der nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilten Anzahl der Intensivpflegefachkräfte multipliziert,
2. die nach Absatz 5 Satz 3 für Intensivpflegefachkräfte <i>in Vollzeitbeschäftigung</i> ermittelte Prämienhöhe mit der nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilten Anzahl der Intensivpflegefachkräfte multipliziert und	2. die nach Absatz 5 Satz 3 für Intensivpflegefachkräfte ermittelte Prämienhöhe mit der nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilten Anzahl der Intensivpflegefachkräfte multipliziert und
3. die nach den Nummern 1 und 2 ermittelten Beträge addiert.	3. u n v e r ä n d e r t
Bei der Ermittlung sind die nach Durchführung der Plausibilitätsprüfung nach Absatz 4 Satz 4 ermittelten Werte zu Grunde zu legen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>veröffentlicht</i> für jedes anspruchsberechtigte Krankenhaus bis zum 31. August 2022 <i>barrierefrei auf seiner Internetseite die folgenden Angaben:</i>	Bei der Ermittlung sind die nach Durchführung der Plausibilitätsprüfung nach Absatz 4 Satz 3 ermittelten Werte zu Grunde zu legen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erlässt für jedes Krankenhaus, das Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln hat , bis zum 30. September 2022 einen Bescheid nach § 31 Absatz 2, der den Namen des Krankenhauses und sein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthält und Folgendes festlegt:
1. <i>den Namen des Krankenhauses und sein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,</i>	1. entfällt
2. <i>die Höhe des Auszahlungsbetrags,</i>	1. unverändert
3. <i>die nach Absatz 5 ermittelte Prämienhöhe für Pflegefachkräfte und Intensivpflegefachkräfte,</i>	2. unverändert
4. <i>die Anzahl der seiner Berechnung nach Absatz 5 zu Grunde gelegten in Vollkräfte umgerechneten Pflegefachkräfte und Intensivpflegefachkräfte.</i>	3. unverändert
Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem <i>Bundesamt für Soziale Sicherung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 2. September 2022 die</i> Angaben nach Satz 3. Krankenhäuser, die die Angaben nach Absatz 4 Satz 1 nicht oder nicht rechtzeitig mitgeteilt haben, erhalten keine Auszahlung aus Bundesmitteln und zahlen keine Prämien nach Absatz 2.	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 4. Oktober 2022 unter Angabe der Namen der Krankenhäuser und ihrer Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine krankenhausbazogene Aufstellung der Angaben nach Satz 3 Nummer 1 bis 3. Krankenhäuser, die die Angaben nach Absatz 4 Satz 1 nicht oder nicht rechtzeitig mitgeteilt haben, erhalten keine Auszahlung aus Bundesmitteln und zahlen keine Prämien nach Absatz 2.
(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt einen Betrag in Höhe von 500 Millionen Euro bis zum <i>9. September 2022</i> aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung unterrichtet das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über die Auszahlung. Der Bund erstattet den gezahlten Betrag innerhalb von einer Woche nach der Unterrichtung nach Satz 2 an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet den Auszahlungsbetrag in der Höhe, <i>die nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 2 für ein Krankenhaus veröffentlicht</i> wurde, an das jeweilige Krankenhaus weiter. Nach Abschluss der Weiterleitungen nach Satz 4 übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2023 eine krankenhausbazogene Aufstellung der weitergeleiteten Beträge. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung der Aufgaben nach dieser Vorschrift sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.	(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt einen Betrag in Höhe von 500 Millionen Euro bis zum 4. Oktober 2022 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung unterrichtet das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über die Auszahlung. Der Bund erstattet den gezahlten Betrag innerhalb von einer Woche nach der Unterrichtung nach Satz 2 an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet den Auszahlungsbetrag in der Höhe, der in dem Bescheid nach Absatz 6 Satz 3 für das jeweilige Krankenhaus festgelegt wurde, an das jeweilige Krankenhaus weiter. Nach Abschluss der Weiterleitungen nach Satz 4 übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2023 eine krankenhausbazogene Aufstellung der weitergeleiteten Beträge. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung der Aufgaben nach dieser Vorschrift sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(8) Jedes Krankenhaus, das die Auszahlung aus Bundesmitteln erhalten hat, muss den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 30. September 2023 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorlegen, die auch die Anzahl der in Absatz 2 Satz 1 genannten Pflegefachkräfte, die nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilte Anzahl der Intensivpflegefachkräfte und die Anzahl der im Jahr 2021 insgesamt in der Intensivpflege eingesetzten Pflegefachkräfte beinhalten muss. Werden die Bestätigungen nicht oder nicht vollständig vorgelegt oder wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet, ist der entsprechende Betrag bis zum 31. Dezember 2023 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuzahlen. Dieser leitet die zurückgezahlten Beträge an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erstattet die Summe der zurückgezahlten Beträge bis zum 31. Juli 2024 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Bund.“</p>	<p>(8) u n v e r ä n d e r t</p>
	<p>Artikel 1a</p>
	<p>Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch</p>
	<p>In § 130 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist, werden die Wörter „in der Zeit vom 15. Dezember 2020 bis zum 31. Mai 2022“ gestrichen.</p>
<p>Artikel 2</p>	<p>Artikel 2</p>
<p>Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch</p>	<p>Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch</p>
<p>Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 466) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	<p>Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 23. März 2022 (BGBl. I S. 482) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 150a wie folgt gefasst:	1. u n v e r ä n d e r t
„§ 150a Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie“.	
	1a. Nach § 8 Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
	„(5a) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c Absatz 6 sicherzustellen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“
	1b. § 37 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 bis 3c ersetzt:
	„(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben in folgenden Intervallen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen:
	1. bei den Pflegegraden 2 und 3 halbjährlich einmal,
	2. bei den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich einmal.
	Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>(3a) Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.</p>
	<p>(3b) Die Beratung nach Absatz 3 kann durchgeführt werden durch</p>
	<p>1. einen zugelassenen Pflegedienst,</p>
	<p>2. eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder</p>
	<p>3. eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft, sofern die Durchführung der Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann.</p>
	<p>(3c) Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach den Sätzen 2 und 4 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.“
	b) In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „Absätzen 3 und 4“ durch die Wörter „Absätzen 3 bis 4“ ersetzt.
	1c. Nach § 40a Absatz 2 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Die erstmalige Bewilligung ist zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung gemäß Absatz 1 bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird. Die Pflegekasse darf dazu die pflegebedürftige Person befragen. Ein erneuter Antrag ist nicht erforderlich.“
2. § 72 wird wie folgt geändert:	2. § 72 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 3a werden die Wörter „eine Entlohnung“ durch das Wort „Gehälter“ ersetzt.
	b) Absatz 3b wird wie folgt gefasst:
	„(3b) Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge ab dem 1. September 2022 nur abgeschlossen werden, wenn diese Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, eine Entlohnung zahlen, die

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen räumlicher, zeitlicher, fachlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,
	2. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen fachlicher Geltungsbereich mindestens eine andere Pflegeeinrichtung in der Region erfasst, in der die Pflegeeinrichtung betrieben wird, und dessen zeitlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,
	3. die Höhe der Entlohnung von Nummer 1 oder Nummer 2 entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht unterschreitet oder
	4. hinsichtlich der Entlohnungsbestandteile nach Satz 2 Nummer 1 bis 5, die den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern der in § 82c Absatz 2 Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen jeweils im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und hinsichtlich der pflegetypischen Zuschläge nach Satz 2 Nummer 6, die den in Satz 1 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, jeweils in der nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten Höhe, nicht unterschreitet.
	Zur Entlohnung im Sinne dieses Gesetzes zählen
	1. der Grundlohn,
	2. regelmäßige Jahressonderzahlungen,
	3. vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers,
	4. pflegetypische Zulagen,
	5. der Lohn für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sowie

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>6. pflegetypische Zuschläge.</p>
	<p>Pflegetypische Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 6 sind Nachtzuschläge, Sonntagszuschläge und Feiertagszuschläge. Diese sind von den Pflegeeinrichtungen im Fall von Satz 1 Nummer 4 unter den folgenden Voraussetzungen zu zahlen:</p>
	<p>1. Nachtzuschläge für eine Tätigkeit in der Nacht, mindestens im Zeitraum zwischen 23 und 6 Uhr,</p>
	<p>2. Sonntagszuschläge für eine Tätigkeit an Sonntagen im Zeitraum zwischen 0 und 24 Uhr,</p>
	<p>3. Feiertagszuschläge für eine Tätigkeit an gesetzlichen Feiertagen im Zeitraum zwischen 0 und 24 Uhr.</p>
	<p>Die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen haben die Entlohnung im Sinne von Satz 1, soweit mit ihr die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt werden, in Geld zu zahlen. Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens innerhalb von zwei Monaten vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde. Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung im Zeitraum ab dem 1. Dezember 2022 spätestens ab dem 1. Februar 2023, nach dem 1. Februar 2023 jeweils spätestens ab dem 1. Januar des Jahres, das auf die Veröffentlichung</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>der Werte nach § 82c Absatz 5 folgt, zu zahlen. Zur Erfüllung der Vorgaben von Satz 1 Nummer 4 sind im Zeitraum vom 1. September 2022 bis zum 31. Januar 2023 die aufgrund der Mitteilung nach Absatz 3e in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung und auf der Grundlage von § 82c Absatz 5 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung veröffentlichten regional üblichen Entgelt-niveaus in drei Qualifikationsgruppen und pflegetypischen Zuschläge nach den Sätzen 3 und Satz 4 maßgebend.“</p>
<p>a) Absatz 3c wird wie folgt geändert:</p>	<p>c) Absatz 3c wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p>
	<p>„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien, erstmals bis zum Ablauf des 30. September 2021, das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b sowie zu den nach Absatz 3e Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Angaben fest.“</p>
<p>aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:</p>	<p>bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:</p>
<p>„Die Richtlinien können regeln, welche Folgen eintreten, wenn eine Pflegeeinrichtung ihre Mitteilungspflicht nach Absatz 3d Satz 2 oder Absatz 3e nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllt. Die in den Richtlinien vorgesehenen Folgen müssen verhältnismäßig sein und im Einzelfall durch den jeweiligen Landesverband der Pflegekassen gegenüber der Pflegeeinrichtung verhältnismäßig angewendet werden.“</p>	<p>„In den Richtlinien ist auch festzulegen, welche Folgen eintreten, wenn eine Pflegeeinrichtung ihre Mitteilungspflicht nach Absatz 3d Satz 2 oder Absatz 3e nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllt. Die in den Richtlinien vorgesehenen Folgen müssen verhältnismäßig sein und im Einzelfall durch den jeweiligen Landesverband der Pflegekassen gegenüber der Pflegeeinrichtung verhältnismäßig angewendet werden.“</p>
<p>bb) In dem neuen Satz 4 werden die Wörter „Er hat dabei“ durch die Wörter „Bei der Festlegung hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.</p>	<p>cc) un verändert</p>
<p>cc) Folgender Satz wird angefügt:</p>	<p>dd) un verändert</p>
<p>„Die Richtlinien sind für die Pflegekassen und ihre Verbände sowie für die Pflegeeinrichtungen verbindlich.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	d) Absatz 3d wird wie folgt gefasst:
	„(3d) Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen des Absatzes 3a oder des Absatzes 3b mitzuteilen,
	1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
	2. welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in den Fällen des Absatzes 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 für sie maßgebend ist oder sind oder
	3. ob im Fall des Absatzes 3b Satz 1 Nummer 4 die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 für sie maßgebend sind.
	Im Jahr 2022 sind alle Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen die in Satz 1 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung genannten Angaben spätestens bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 mitzuteilen. Die Mitteilung nach Satz 2 gilt, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht, als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung zum 1. September 2022.“
b) Absatz 3e wird wie folgt gefasst:	e) Absatz 3e wird wie folgt gefasst:
„(3e) Pflegeeinrichtungen, die an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen nach Absatz 3a gebunden sind, haben den Landesverbänden der Pflegekassen jährlich bis zum Ablauf des 30. September des Jahres Folgendes mitzuteilen:	„(3e) Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 30. September jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:
1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchliche Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,	1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>2. <i>Informationen</i> über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen <i>Arbeitsregelungen</i> ergebende am 1. September des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese <i>Informationen</i> zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des regional üblichen <i>Entgeltniveaus</i> nach § 82c Absatz 2 <i>fachlich</i> erforderlich sind.</p>	<p>2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. September des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind.</p>
<p>Der Mitteilung ist die jeweils am 1. September des Jahres geltende, durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen <i>Arbeitsrechtsregelung</i> beizufügen.“</p>	<p>Der Mitteilung ist die jeweils am 1. September des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen. Tritt nach der Mitteilung nach Satz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln.“</p>
	<p>f) Nach Absatz 3f wird folgender Absatz 3g eingefügt:</p>
	<p>„(3g) Versorgungsverträge, die mit Pflegeeinrichtungen vor dem 1. September 2022 abgeschlossen wurden, sind spätestens bis zum Ablauf des 31. August 2022 mit Wirkung ab dem 1. September 2022 an die Vorgaben des Absatzes 3a oder des Absatzes 3b anzupassen.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. § 82c wird wie folgt geändert:	3. § 82c wird wie folgt geändert:
a) <i>Absatz 3 wird</i> wie folgt gefasst:	a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
	<p>„(2) Bei Pflegeeinrichtungen, die nicht unter Absatz 1 fallen, kann ab dem 1. September 2022 die Zahlung von Entlohnungsbestandteilen nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit diese insgesamt das regional übliche Entlohnungsniveau in der Region, in der die jeweilige Einrichtung betrieben wird, um nicht mehr als 10 Prozent übersteigt. Die Landesverbände der Pflegekassen ermitteln auf Grundlage der nach § 72 Absatz 3e Satz 1 mitgeteilten Angaben</p>
	1. das regional übliche Entlohnungsniveau,
	2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus für die drei in Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen sowie
	3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge.
	<p>Das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Satz 2 Nummer 1 ist der Durchschnitt der Entlohnungsbestandteile nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5, die die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in der jeweiligen Region nach den jeweils angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten. Die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Satz 2 Nummer 2 sind der jeweilige Durchschnitt der Entlohnungsbestandteile nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5, die die in Satz 3 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, getrennt nach den folgenden drei Qualifikationsgruppen nach den in der jeweiligen Region angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung,
	2. Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung,
	3. Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung.
	Die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 3 sind jeweils der Durchschnitt der drei in § 72 Absatz 3b Satz 4 genannten pflegetypischen Zuschläge, die die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung erbringen, in der jeweiligen Region nach den jeweils angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten.
„(3) Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten bedarf es eines sachlichen Grundes. <i>Für eine über die Höhe der Entlohnung nach Absatz 2 hinausgehende Bezahlung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bedarf es ebenfalls eines sachlichen Grundes.</i> “	(3) Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 1 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Soweit im Fall von Absatz 2 Satz 1 das regional übliche Entlohnungsniveau um mehr als 10 Prozent überstiegen wird, bedarf es eines sachlichen Grundes.“
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 3 werden nach den Wörtern „das Bundesministerium für Gesundheit sie“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 4 werden die Wörter „§ 72 Absatz 3c Satz 3 und 4“ durch die Wörter „§ 72 Absatz 3c Satz 6 und 7“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 5 wird <i>wie folgt gefasst:</i>	c) Absatz 5 wird durch die folgenden Absätze 5 und 6 ersetzt:
„(5) Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe	„(5) Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum 30. November des Jahres, für das jeweilige Land <i>eine Übersicht, welche Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 72 Absatz 3a eine Entlohnung nach Maßgabe von Absatz 2 vorsehen. Spätestens bis zum 30. November desselben Jahres veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene alle weiteren Informationen, die fachlich erforderlich sind, um überprüfen zu können, ob eine Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b erfüllt und ob bei einer Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach Absatz 2 vorliegen. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die nach § 72 Absatz 3e Satz 2 übermittelten Fassungen der Tarifverträge und der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe dagegensprechen.</i>“</p>	<p>auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum 30. November des Jahres, für das jeweilige Land</p>
	<p>1. eine Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die eine Entlohnung vorsehen, die nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann,</p>
	<p>2. alle weiteren Informationen, die erforderlich sind, um überprüfen zu können,</p>
	<p>a) ob eine Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b erfüllt und</p>
	<p>b) ob bei einer Pflegeeinrichtung die Entlohnung nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.</p>
	<p>Die Liste und die Informationen sind einmal monatlich zu aktualisieren. Zu jedem in der Liste genannten Tarifvertrag und zu jeder der in der Liste genannten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sind, so-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	weit diese Angaben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen vorliegen, mindestens folgende Angaben zu veröffentlichen:
	1. Laufzeit des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder Datum, zu dem frühestens eine Kündigung erfolgen kann,
	2. Angabe, ob eine Kündigung oder anderweitige Beendigung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erfolgt ist,
	3. Angabe, zu welchem Zeitpunkt die Kündigung oder anderweitige Beendigung wirksam wird,
	4. Angabe, ob eine Änderung der Entlohnung nach § 72 Absatz 3b Satz 2 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, erfolgt ist und wenn ja, zu welchem Datum diese wirksam wird.
	Zu den erforderlichen Informationen nach Satz 1 Nummer 2 gehören insbesondere auch
	1. das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,
	2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie
	3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3.
	Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die nach § 72 Absatz 3e Satz 2 und 3 übermittelten Fassungen der Tarifverträge und der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe dagegensprechen.
	(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet bis zum 31. Dezember 2022 eine Geschäftsstelle ein. Jeder Landesverband der Pflegekassen kann die

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Geschäftsstelle beauftragen, ihn bei der Erfüllung der folgenden Aufgaben zu unterstützen oder die folgenden Aufgaben in seinem Auftrag für ihn durchzuführen:
	1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung der nach § 72 Absatz 3e mitgeteilten Angaben oder Änderungen sowie der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen,
	2. Zurverfügungstellung der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach Absatz 5 Satz 5,
	3. Ermittlung
	a) des regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,
	b) der regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie
	c) der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3,
	4. Zusammenstellung der nach Absatz 5 zu veröffentlichenden Listen und Informationen sowie Veröffentlichung dieser Listen und Informationen.
	Darüber hinaus soll die Geschäftsstelle die Landesverbände der Pflegekassen zu den in Satz 2 genannten Aufgaben fachlich beraten. Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle mit der Unterstützung bei den oder der Durchführung von den in Satz 2 genannten Aufgaben beauftragt, stellt er der Geschäftsstelle die hierfür erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung, soweit die Erhebung dieser Informationen und Unterlagen nicht bereits Teil der Beauftragung der Geschäftsstelle ist.“
	3a. § 123 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „§ 37 Absatz 3 Satz 1, 2, 3, 9, 10 erster

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Halbsatz und Absatz 4“ durch die Wörter „§ 37 Absatz 3, 3a, 3b und 4“ ersetzt.
	b) In Absatz 6 Satz 4 werden die Wörter „§ 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8“ durch die Wörter „§ 37 Absatz 3b und 8“ ersetzt.
	3b. § 150 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird aufgehoben.
	bb) Der bisherige Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Der Anspruch der zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf Erstattung von Beschaffungskosten für die selbst beschafften PoC-Antigen-Tests und Antigen-Tests zur Eigenanwendung und insoweit von Durchführungsaufwendungen kann im Rahmen der für diese Einrichtungen nach der Coronavirus-Testverordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung festgelegten Kontingente bei einer Pflegekasse, die Partei des Versorgungsvertrages ist, regelmäßig zum Monatsende geltend gemacht werden.“
	cc) Die bisherigen Sätze 5 und 6 werden aufgehoben.
	b) Absatz 5a wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Den nach Maßgabe des gemäß § 45a Absatz 3 erlassenen Landesrechts anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag entstandene und nachgewiesene Beschaffungskosten und Durchführungsaufwendungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 werden aus Mitteln der Pflegeversicherung erstattet.“
	bb) Satz 2 wird aufgehoben.
	c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Die Absätze 1, 5 und 5b gelten bis einschließlich 31. Dezember 2022.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) In Satz 2 wird die Angabe „31. März 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2022“ ersetzt.
4. § 150a wird wie folgt geändert:	4. § 150a wird wie folgt geändert:
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„§ 150a	
Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie“.	
b) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:	b) u n v e r ä n d e r t
„Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, jeder und jedem ihrer Beschäftigten im Jahr 2022 eine einmalige Sonderleistung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 und 8 (Corona-Pflegebonus) zu zahlen.“	
c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben Vollzeitbeschäftigte, die im Zeitraum vom 1. November 2020 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und die am 30. Juni 2022 in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung beschäftigt und tätig sind. Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Vollzeitbeschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und	„(2) Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben Vollzeitbeschäftigte, die im Zeitraum vom 1. November 2020 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und die am 30. Juni 2022 in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung beschäftigt und tätig sind. Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Vollzeitbeschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und
1. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht mehr beschäftigt und tätig sind, weil für sie zu diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bestand oder	1. u n v e r ä n d e r t
2. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht beschäftigt und tätig sind, weil sie Krankengeld, Krankentagegeld, Verletzengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder nach den gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld beziehen	2. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht beschäftigt und tätig sind, weil sie Krankengeld, Krankentagegeld, Verletzengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder nach den gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld beziehen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
oder Elternzeit in Anspruch nehmen oder Wehrdienst oder Zivildienst leisten.	oder Elternzeit oder eine Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen oder Wehrdienst oder Zivildienst leisten.
Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung ihren Dienst geleistet haben. Die Höhe des Corona-Pflegebonus beträgt	Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung ihren Dienst geleistet haben. Die Höhe des Corona-Pflegebonus beträgt
1. 550 Euro für Beschäftigte, die Leistungen nach diesem Buch oder im ambulanten Bereich nach dem Fünften Buch durch die direkte Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. 370 Euro für andere Beschäftigte, die in einem Umfang von mindestens 25 Prozent ihrer Arbeitszeit gemeinsam mit Pflegebedürftigen tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig sind,	2. u n v e r ä n d e r t
3. 60 Euro für Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr und	3. u n v e r ä n d e r t
4. 190 Euro für alle Beschäftigten, die nicht unter die Nummern 1 bis 3 fallen.“	4. u n v e r ä n d e r t
d) In Absatz 3 Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „eine Corona-Prämie“ durch die Wörter „ein Corona-Pflegebonus“ ersetzt und wird die Angabe „600 Euro“ durch die Angabe „330 Euro“ ersetzt.	d) u n v e r ä n d e r t
e) In Absatz 4 Satz 1 und 3 werden jeweils die Wörter „die Corona-Prämie“ durch die Wörter „der Corona-Pflegebonus“ ersetzt.	e) u n v e r ä n d e r t
f) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „Corona-Prämie“ durch die Wörter „Corona-Pflegeboni“ ersetzt.	f) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
g) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:	g) u n v e r ä n d e r t
<p>„(7) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 erhalten im Wege der Vorauszahlung von der sozialen Pflegeversicherung den Betrag erstattet, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni benötigen. Die in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni können nicht nach § 150 Absatz 2 erstattet werden. Auch wenn ein nach Absatz 9 erhöhter Corona-Pflegebonus als Sonderleistung gezahlt wird oder wenn von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen an ihre Beschäftigten vergleichbare Sonderleistungen gezahlt werden, können die gezahlten Beträge nicht nach § 150 Absatz 2 erstattet werden. Sonderleistungen nach Satz 3 sind bei der Bemessung der Pflegevergütung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen berücksichtigungsfähig. Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 melden den Pflegekassen den Betrag, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni benötigen, bis spätestens 31. Juli 2022. Die Pflegekassen stellen sicher, dass alle Pflegeeinrichtungen und alle Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 diesen Betrag von der sozialen Pflegeversicherung bis spätestens 30. September 2022 für die Beschäftigten und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2 erhalten. Der Bund zahlt zur Refinanzierung der durch die Pflegekassen an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 gezahlten Vorauszahlungen bis zum 1. September 2022 einen Betrag in Höhe von 500 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds. Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 haben den Pflegekassen bis spätestens 15. Februar 2023 die tatsächliche Auszahlungssumme der Corona-Pflegeboni sowie die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen und geeigneten Verbänden der Arbeitgeber</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>im Sinne von Absatz 1 Satz 2 auf Bundesebene unverzüglich das Nähere für das Verfahren einschließlich angemessener Möglichkeiten zur Prüfung, Rückforderung und Aufrechnung durch die Pflegekassen sowie der Information der Beschäftigten und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2 über ihren Anspruch fest. Die Verfahrensregelungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“</p>	
h) Absatz 8 wird wie folgt geändert:	h) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
<p>„Die Auszahlung des jeweiligen Corona-Pflegebonus durch die <i>jeweilige</i> zugelassene Pflegeeinrichtung oder <i>die</i> Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 <i>an ihre</i> Beschäftigten hat unverzüglich nach Erhalt der Vorauszahlung nach Absatz 7, spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung, jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2022 zu erfolgen.“</p>	<p>„Die Auszahlung des jeweiligen Corona-Pflegebonus an die jeweiligen Beschäftigten erfolgt durch die zugelassene Pflegeeinrichtung oder den Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2, bei der oder dem die Beschäftigten am 30. Juni 2022 beschäftigt sind; die Auszahlung hat unverzüglich nach Erhalt der Vorauszahlung nach Absatz 7, spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung, jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2022 zu erfolgen.“</p>
bb) In Satz 4 werden die Wörter „Die Corona-Prämie“ durch die Wörter „Der Corona-Pflegebonus“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Satz 5 wird das Wort „Jugendfreiwilligendienstgesetzes“ durch das Wort „Jugendfreiwilligendienstegesetzes“ ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
i) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:	i) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:
<p>„(9) Der Corona-Pflegebonus kann durch die Länder und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen über die in den Absätzen 2 bis 6 genannten Höchstbeträge hinaus für alle Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen erhöht werden. Gleiches gilt für die Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2. Die Länder regeln ihr Verfahren. Sie können sich dabei an den Verfahrensregelungen dieser Vorschrift, insbesondere an den genannten Fristen, orientieren. Sofern ein Land den Corona-Pflegebonus nach Satz 1 erhöht, kann es <i>die</i> Auszahlung als Sonderleistung über die im jeweiligen Land zuständigen Pflegekassen durchführen, wenn es</p>	<p>„(9) Der Corona-Pflegebonus kann durch die Länder und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen über die in den Absätzen 2 bis 6 genannten Höchstbeträge hinaus für alle Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen erhöht werden. Gleiches gilt für die Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2. Die Länder regeln ihr Verfahren. Sie können sich dabei an den Verfahrensregelungen dieser Vorschrift, insbesondere an den genannten Fristen, orientieren. Sofern ein Land den Corona-Pflegebonus nach Satz 1 erhöht, kann es das Verfahren einschließlich der Auszahlung als Sonderleistung über</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>ihnen die Verwaltungskosten hierfür erstattet. In diesem Fall sind die im Land zuständigen Pflegekassen dazu verpflichtet, <i>die</i> Auszahlung dieser Sonderleistung an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen zusammen mit dem Corona-Pflegebonus für das Land durchzuführen und hierfür ein geeignetes Verfahren vorzusehen.“</p>	<p>die im jeweiligen Land zuständigen Pflegekassen durchführen, wenn es ihnen die Verwaltungskosten hierfür erstattet. In diesem Fall sind die im Land zuständigen Pflegekassen dazu verpflichtet, das Verfahren einschließlich der Auszahlung dieser Sonderleistung an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen zusammen mit dem Corona-Pflegebonus für das Land durchzuführen und hierfür ein geeignetes Verfahren vorzusehen.“</p>
	<p>Artikel 2a</p>
	<p>Änderung des Pflegezeitgesetzes</p>
	<p>In § 9 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2, 4 Satz 1, Absatz 5 und 7 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. März 2022 (BGBl. I S. 482) geändert worden ist, wird jeweils die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2022“ ersetzt.</p>
	<p>Artikel 2b</p>
	<p>Änderung des Familienpflegezeitgesetzes</p>
	<p>Das Familienpflegezeitgesetz vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23. März 2022 (BGBl. I S. 482) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
	<p>1. In § 3 Absatz 3 Satz 7 wird die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2022“ ersetzt.</p>
	<p>2. § 16 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) In Absatz 2 wird die Angabe „1. Juni 2022“ durch die Angabe „1. Dezember 2022“ ersetzt.</p>
	<p>b) In Absatz 3 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 wird jeweils die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2022“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 2c
	Änderung des Krankenhauszukunftsgesetzes
	<p style="text-align: center;">In Artikel 13 Absatz 5 des Krankenhauszukunftsgesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 23. März 2022 (BGBl. I S. 482) geändert worden ist, wird die Angabe „1. Juli 2022“ durch die Angabe „1. Januar 2023“ ersetzt.</p>
	Artikel 2d
	Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
	<p style="text-align: center;">Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 2 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
	<p>1. § 72 Absatz 3e wird wie folgt geändert:</p>
	<p style="padding-left: 20px;">a) In Satz 1 wird die Angabe „30. September“ durch die Angabe „31. August“ und die Angabe „1. September“ durch die Angabe „1. August“ ersetzt.</p>
	<p style="padding-left: 20px;">b) In Satz 2 wird die Angabe „1. September“ durch die Angabe „1. August“ ersetzt.</p>
	<p>2. In § 82c Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „30. November“ durch die Angabe „31. Oktober“ ersetzt.</p>
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
<p><i>§ 15 Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</i></p>	<p style="text-align: center;">Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
<p><i>1. In Nummer 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.</i></p>	<p>1. § 6a Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Nummer 3 wird wie folgt gefasst:	a) Satz 4 wird wie folgt gefasst:
„3. vom 1. Januar 2021 bis zum 30. Juni 2022 mit 163,09 Euro,“.	„Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unabhängig von der Vereinbarung oder Festsetzung eines Pflegebudgets nach Absatz 1 Satz 1 jährlich jeweils bis zum 1. Juni, soweit für das Jahr 2020 oder für das Jahr 2021 bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 4 Absatz 1 dieses Gesetzes] nicht vereinbart oder festgesetzt bis zum 31. Juli 2022, eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen über
3. Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:	1. die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte insgesamt, gegliedert nach Berufsbezeichnungen,
„4. vom 1. Juli 2022 bis zum 31. Dezember 2022 mit 200 Euro und	2. die Pflegepersonalkosten insgesamt,
5. ab dem 1. Januar 2023 mit 171 Euro.“	3. die Überprüfung der nach den Vorgaben der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1, sofern diese vorliegt, im Pflegebudget
	a) zu berücksichtigenden jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, und
	b) zu berücksichtigenden Pflegepersonalkosten,
	4. die Überprüfung einer Aufstellung der Summe der Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a und
	5. die Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel im Sinne des Absatzes 1 Satz 3, sofern jeweils bis zum 31. März eines Jahres ein Pflegebudget für das vorangegangene Kalenderjahr vereinbart oder

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	von der Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 festgesetzt wurde.“
	b) In Satz 6 werden nach dem Wort „einer“ die Wörter „nicht erfolgten, nicht vollständigen oder“ eingefügt und werden nach der Angabe „Satz 4“ die Wörter „und der gesonderten Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nach Satz 7“ eingefügt.
	c) Folgender Satz wird angefügt:
	<p>„Sofern ein Pflegebudget für das vorangegangene Kalenderjahr nach dem 31. März eines Jahres vereinbart oder von der Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 festgesetzt wird oder sofern ein Pflegebudget für das Jahr 2020 oder 2021 nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 4 Absatz 1 dieses Gesetzes] vereinbart oder von der Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 festgesetzt wird, hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus eine gesonderte Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 innerhalb von acht Wochen nach Abschluss der Vereinbarung des Pflegebudgets oder der Festsetzung des Pflegebudgets durch die Schiedsstelle vorzulegen; sofern ein Pflegebudget für das Jahr 2020 oder 2021 zwischen dem 31. März 2022 und dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 4 Absatz 1 dieses Gesetzes] vereinbart oder von der Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 festgesetzt wird, hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus eine gesonderte Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 innerhalb von acht Wochen nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 4 Absatz 1 dieses Gesetzes] vorzulegen.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. § 15 Absatz 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Nummer 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
	b) Nummer 3 wird durch die folgenden Nummern 3 bis 5 ersetzt:
	„3. vom 1. Januar 2021 bis zum 30. Juni 2022 mit 163,09 Euro,
	4. vom 1. Juli 2022 bis zum 31. Dezember 2022 mit 200 Euro und
	5. ab dem 1. Januar 2023 mit 171 Euro.“
	Artikel 3a
	Änderung des Infektionsschutzgesetzes
	Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 20b folgende Angabe zu § 20c eingefügt:
	„§ 20c Durchführung von Gripeschutzimpfungen“.
	2. § 8 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Nummer 3 wird die Angabe „7“ durch die Angabe „7 auch“ ersetzt.
	b) In Nummer 5 wird die Angabe „Abs. 3“ durch die Wörter „Absatz 3 auch“ ersetzt.
	c) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:
	„6. im Falle des § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 auch die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person; bei Schutzimpfungen, die durch Apotheker für öffentliche Apotheken durchgeführt werden, anstelle der für die Schutzimpfung verantwortlichen Person der Leiter der öffentlichen Apotheke,“.
	d) In Nummer 7 wird nach der Angabe „und 5“ das Wort „auch“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	e) In Nummer 8 wird nach der Angabe „Satz 1“ das Wort „auch“ eingefügt.
	3. Nach § 20b wird folgender § 20c eingefügt:
	„§ 20c
	Durchführung von Gripeschutzimpfungen
	(1) Abweichend von § 20 Absatz 4 Satz 1 sind Apotheker zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, berechtigt, wenn
	1. sie hierfür ärztlich geschult wurden und ihnen die erfolgreiche Teilnahme an der Schulung bestätigt wurde und
	2. sie die Gripeschutzimpfungen für eine öffentliche Apotheke, zu deren Personal sie gehören, durchführen.
	Einer ärztlichen Schulung nach Satz 1 Nummer 1 bedarf es nicht, wenn ein Apotheker bereits im Rahmen von Modellvorhaben nach § 132j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 20b Absatz 1 Nummer 1 erfolgreich eine ärztliche Schulung absolviert hat.
	(2) Die ärztliche Schulung nach Absatz 1 Nummer 1 hat insbesondere die Vermittlung der folgenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu umfassen:
	1. Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen, insbesondere zur
	a) Aufklärung,
	b) Erhebung der Anamnese einschließlich der Impfanamnese und der Feststellung der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen oder Allergien,
	c) weiteren Impfberatung und
	d) Einholung der Einwilligung der zu impfenden Person,
	2. Kenntnis von Kontraindikationen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zu deren Beachtung und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>3. Kenntnis von Notfallmaßnahmen bei eventuellen akuten Impfreaktionen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung dieser Notfallmaßnahmen.</p>
	<p>(3) Die Bundesapothekerkammer entwickelt bis zum ... [einsetzen: Datum einen Monat nach Inkrafttreten gemäß Artikel 4 Absatz 1 dieses Gesetzes] in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer auf Basis von bereits vorliegenden Schulungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 132j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Mustercurriculum für die ärztliche Schulung der Apotheker nach Absatz 1 Nummer 1.“</p>
	<p style="text-align: center;">Artikel 3b</p>
	<p style="text-align: center;">Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</p>
	<p style="text-align: center;">Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
	<p>1. § 132e wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:</p>
	<p>„(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung einen Vertrag über die Durchführung von Gripeschutzimpfungen durch Apotheken bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, abzuschließen, insbesondere über</p>
	<p>1. die Vergütung der Impfleistung der Apotheken einschließlich der Vergütung der Impfdokumentation und</p>
	<p>2. die Abrechnung der Vergütung.</p>
	<p>In dem Vertrag nach Satz 1 ist für die Beschaffung der Grippeimpfstoffe, die zur</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Anwendung durch die Apotheken vorgesehen sind, eine Vergütung der Apotheken von 1 Euro je Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer vorzusehen. Einigen sich die Vertragsparteien nach Satz 1 nicht bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 4 Absatz 1 dieses Gesetzes], legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 innerhalb von einem Monat den Inhalt des Vertrages fest. Der Vertrag gilt bis zum Wirksamwerden eines neuen Vertrages fort; der Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden des ersten Vertrages fort.“</p>
	<p>b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aa) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker meldet bis zum 15. Januar eines Kalenderjahres den Bedarf an saisonalen Grippeimpfstoffen, die zur Anwendung durch die Apotheken vorgesehen sind, auf Grundlage der durch die Apotheken geplanten Bestellungen an das Paul-Ehrlich-Institut“ eingefügt.</p>
	<p>bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Bundesvereinigung“ ein Komma und werden die Wörter „der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker“ eingefügt.</p>
	<p>c) In Absatz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und an die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker“ eingefügt.</p>
	<p>2. Dem § 132j wird folgender Absatz 8 angefügt:</p>
	<p>„(8) Die Vertragspartner nach Absatz 1 haben die Modellvorhaben innerhalb von neun Monaten nach dem Abschluss eines Vertrages oder Vorliegen eines Schiedsspruchs nach § 132e Absatz 1a zu beenden.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 3c
	Änderung des Apothekengesetzes
	Das Apothekengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 8 Absatz 4 des Gesetzes vom 27. September 2021 (BGBl. I S. 4530) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In § 10 werden nach dem Wort „anzubieten“ ein Komma und das Wort „anzuwenden“ eingefügt.
	2. § 14 Absatz 7 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 2 werden nach den Wörtern „(§ 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ die Wörter „oder im Rahmen der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
	b) In Satz 3 werden nach dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „oder bei Beendigung der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
	3. Nach § 21 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1b wird folgende Nummer 1c eingefügt:
	„1c. die Voraussetzungen für und die Anforderungen an die Vorbereitung und Durchführung von Gripeschutzimpfungen, insbesondere zu den Verpflichtungen des Apothekenleiters, zur Aufklärung der zu impfenden Personen, zu den Räumlichkeiten und deren Ausstattung, zum Personaleinsatz, zur Dokumentation, zu den Fristen für die Aufbewahrung der Dokumentation und zu den Hygienemaßnahmen,“.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 3d
	Änderung der Apothekenbetriebsordnung
	Die Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. April 2022 (BGBl. I S. 681) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 35 folgende Angabe eingefügt:
	„§ 35a Vorbereitung und Durchführung von Gripeschutzimpfungen durch öffentliche Apotheken“.
	2. Nach § 1a Absatz 11 Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:
	„2a. die Vorbereitung und Durchführung von Gripeschutzimpfungen,“.
	3. § 2 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:
	„(3a) Der Apothekenleiter hat sicherzustellen, dass Gripeschutzimpfungen nur durchgeführt werden, wenn
	1. die Aufklärung, die Anamnese und das Einholen der Einwilligung der zu impfenden Person durch Apotheker durchgeführt werden, die nach § 20c Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen berechtigt sind,
	2. die Gripeschutzimpfungen durch Apotheker durchgeführt werden, die nach § 20c Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen berechtigt sind,
	3. eine geeignete Räumlichkeit mit der Ausstattung zur Verfügung steht, die für die Durchführung von Gripeschutzimpfungen erforderlich ist, sofern kein aufsuchendes Impfen durchgeführt wird, und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	4. für seine Apotheke eine Betriebshaftpflichtversicherung besteht, die mögliche Schädigungen aus der Durchführung der Gripeschutzimpfung abdeckt.
	Der Apothekenleiter hat der zuständigen Behörde die Durchführung von Gripeschutzimpfungen und die dafür vorgesehenen Räumlichkeiten spätestens eine Woche vor Aufnahme der Impfungen anzuzeigen. Änderungen bezüglich der Durchführung von Gripeschutzimpfungen oder der Räumlichkeiten sind der zuständigen Behörde spätestens eine Woche vor Umsetzung der Änderung anzuzeigen.“
	b) In Absatz 6 Satz 4 Nummer 3 werden die Wörter „§ 34 oder des § 35“ durch die Angabe „§ 34, § 35 oder § 35a“ ersetzt.
	4. § 35a wird wie folgt gefasst:
	„§ 35a
	Vorbereitung und Durchführung von Gripeschutzimpfungen durch öffentliche Apotheken
	(1) Im Qualitätsmanagementsystem nach § 2a sind zur Vorbereitung und Durchführung von Gripeschutzimpfungen insbesondere Festlegungen zu treffen:
	1. zur Vorbereitung der Impfung,
	2. zur Aufklärung und Einholung der Einwilligung der zu impfenden Person,
	3. zur Anamnese und zur Entscheidung, wann die Gripeschutzimpfung nicht durchgeführt wird,
	4. zur Durchführung der Impfung,
	5. zur Dokumentation der Impfung,
	6. zu den Hygienemaßnahmen einschließlich des hygienischen Verhaltens der an den Vorbereitungen und der Durchführung der Gripeschutzimpfung beteiligten Personen und
	7. zur Meldung bei Verdacht auf eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.</p>
	<p>(2) Nur Apotheker, die nach § 20c Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen berechtigt sind, dürfen die Aufklärung, die Anamnese, das Einholen der Einwilligung der zu impfenden Person und die Gripeschutzimpfungen durchführen. Bei der Vorbereitung und der Dokumentation der Impfung darf das pharmazeutische Personal der Apotheke unterstützen. Das pharmazeutische Personal der Apotheke muss für die Tätigkeit ausreichend qualifiziert sein und regelmäßig geschult werden; die Schulungsmaßnahmen sind zu dokumentieren. Das nach § 3 Absatz 2 Satz 1 erforderliche Personal ergibt sich aus dem Umfang der Gripeschutzimpfungen.</p>
	<p>(3) Für die Aufklärung, die Anamnese, das Einholen der Einwilligung von impfwilligen Personen, die Vorbereitung und die Durchführung der Gripeschutzimpfungen muss eine geeignete Räumlichkeit einschließlich Wartebereich mit der Ausstattung zur Verfügung stehen, die für die Durchführung von Gripeschutzimpfungen erforderlich ist, sofern kein aufsuchendes Impfen durchgeführt wird. Durch die Nutzung der Räumlichkeit zum Impfen darf der ordnungsgemäße Betrieb der Apotheke nicht gestört werden; insbesondere können keine Räume genutzt werden, die für einen anderweitigen Zweck vorgesehen und in denen die notwendigen Hygienemaßnahmen nicht umsetzbar sind. Ein unbefugter Zugriff auf apothekenpflichtige Arzneimittel, Ausgangsstoffe und Chemikalien ist auszuschließen. Auf Räumlichkeiten, in denen Gripeschutzimpfungen durchgeführt werden, wird § 4 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 nicht angewendet. Diese Räumlichkeiten müssen jedoch in angemessener Nähe zu den übrigen Betriebsräumen liegen. Sowohl beim Aufklärungsgespräch als auch bei der Durchführung der Gripeschutzimpfung ist die Privatsphäre der zu impfenden Personen zu schützen.</p>
	<p>(4) Vor der Gripeschutzimpfung hat die impfende Person die zu impfende Person über die zu verhütende Krankheit und die Impfung aufzuklären, die Anamnese durchzuführen und die Einwilligung der zu impfenden</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Person einzuholen. Die Aufklärung umfasst insbesondere
	1. Informationen über den Nutzen der Impfung und über die zu verhütende Krankheit,
	2. Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Kontraindikationen,
	3. Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung und
	4. Informationen über Beginn und Dauer der Schutzwirkung.
	(5) Die Dokumentation der Grippe-schutzimpfung muss Angaben enthalten zu:
	1. Datum und Durchführung der Aufklärung der zu impfenden Person,
	2. Datum und Durchführung der Anamnese,
	3. Einwilligung der zu impfenden Person,
	4. Datum der Impfung,
	5. Bezeichnung und Chargenbezeichnung des verwendeten Impfstoffes,
	6. Name der geimpften Person, deren Geburtsdatum und Anschrift,
	7. Name und Anschrift der Apotheke und
	8. Name und Bestätigung der Person, die die Aufklärung, Anamnese und Impfung durchgeführt hat.
	Erfolgt nach Durchführung der Aufklärung oder der Anamnese keine Impfung, ist keine Dokumentation nach Satz 1 Nummer 4 und 5 erforderlich. Die Dokumentation der Grippe-schutzimpfung ist für die Dauer von zehn Jahren ab dem Datum, an dem die Impfung durchgeführt wurde, aufzubewahren.
	(6) Es sind geeignete Hygienemaßnahmen zum Schutz der zu impfenden Person und des Apothekenpersonals zu treffen.“
	5. § 36 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Nummer 1b wird folgende Nummer 1c eingefügt:
	„1c. entgegen § 35a Absatz 2 Satz 1 eine Grippe-schutzimpfung durchführt,“.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Dem Buchstaben a werden die folgenden Buchstaben a bis d vorangestellt:
	„a) entgegen § 2 Absatz 3a Satz 1 Nummer 1 nicht sicherstellt, dass eine Aufklärung, Anamnese oder das Einholen der Einwilligung der zu impfenden Person durchgeführt wird,
	b) entgegen § 2 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 nicht sicherstellt, dass eine Gripeschutzimpfung durchgeführt wird,
	c) entgegen § 2 Absatz 3a Satz 2 eine Anzeige nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
	d) entgegen § 2 Absatz 3a Satz 3 eine Anzeige nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet.“
	bb) Die bisherigen Buchstaben a bis m werden die Buchstaben e bis q.
	6. Dem § 37 wird folgender Absatz 3 angefügt:
	„(3) Apothekenleiter, die bereits vor dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens gemäß Artikel 4 Absatz 1 dieses Gesetzes] Gripeschutzimpfungen durch ihre Apotheken durchführen lassen, haben abweichend von § 2 Absatz 3a Satz 2 der zuständigen Behörde die Durchführung von Gripeschutzimpfungen und die dafür vorgesehenen Räumlichkeiten bis zum ... [einsetzen: Datum einen Monat nach Inkrafttreten gemäß Artikel 4 Absatz 1 dieses Gesetzes] anzuzeigen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 3e
	Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes
	In § 19 Absatz 5 des Grundstoffüberwachungsgesetzes vom 11. März 2008 (BGBl. I S. 306), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 6 des Gesetzes vom 30. März 2021 (BGBl. I S. 402) geändert worden ist, wird die Angabe „7. Juli 2018“ durch die Angabe „13. Januar 2021“ ersetzt.
	Artikel 3f
	Änderung des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes
	Das Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. Mai 2021 (BGBl. I S. 1087) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
	a) Nach der Angabe zu § 96 wird folgende Angabe zu § 96a eingefügt:
	„§ 96a Übergangsvorschrift aus Anlass von Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746“.
	b) Nach der Angabe zu § 97 wird folgende Angabe zu § 97a eingefügt:
	„§ 97a Regelungen für den Fall fehlender Funktionalität der Europäischen Datenbank für Medizinprodukte nach Artikel 30 der Verordnung (EU) 2017/746“.
	2. § 10 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Auf Antrag des Herstellers, seines Bevollmächtigten, eines Produzenten von Systemen und Behandlungseinheiten nach Artikel 22 der Verordnung (EU) 2017/745 oder eines Händlers oder Importeurs nach Artikel 16 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2017/745 oder Artikel 16 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2017/746 stellt

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	die zuständige Behörde ein Freiverkaufszertifikat nach Artikel 60 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2017/745 oder Artikel 55 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2017/746 aus.“
	3. § 22 wird wie folgt geändert:
	a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
	b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
	„(2) Die für Benannte Stellen zuständige Behörde trifft im Rahmen der Überwachung und Neubewertung nach Artikel 44 der Verordnung (EU) 2017/745 und Artikel 40 der Verordnung (EU) 2017/746 die Anordnungen, die zur Beseitigung festgestellter Mängel oder zur Verhinderung künftiger Mängel notwendig sind.“
	4. Dem § 26 wird folgender Absatz 5 angefügt:
	„(5) Für die Durchführung einer sonstigen klinischen Prüfung eines Produktes, das bereits die CE-Kennzeichnung nach Artikel 20 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2017/745 trägt, sowie für die Durchführung einer klinischen Prüfung, die der weitergehenden Bewertung eines Produktes dient, das bereits die CE-Kennzeichnung nach Artikel 20 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2017/745 trägt, bedarf es einer Versicherung nach dieser Vorschrift nicht, wenn die prüfungsbezogene Verwendung des Produktes im Rahmen seiner Zweckbestimmung erfolgt, die Prüfungsteilnehmer über die normalen Verwendungsbedingungen des Produktes hinaus keinen zusätzlichen invasiven oder belastenden Verfahren unterzogen werden und eine anderweitige geeignete Versicherung für den Prüfer oder Sponsor besteht.“
	5. § 47 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	a) In dem Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „soweit“ durch das Wort „wenn“ ersetzt.
	b) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
	„1. die prüfungsbezogene Verwendung des Produktes im Rahmen seiner von der CE-Kennzeichnung umfassten Zweckbestimmung erfolgt und“.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	6. In § 85 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 werden nach den Wörtern „Artikel 89 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746“ die Wörter „in den Fällen des § 74 Absatz 3 und 4“ eingefügt.
	7. Nach § 96 wird folgender § 96a eingefügt:
	„§ 96a
	Übergangsvorschrift aus Anlass von Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746
	(1) Unbeschadet des Artikels 110 Absatz 8 der Verordnung (EU) 2017/746 gelten für die Registrierung von Produkten § 25 Absatz 1, 4 und 5 und § 33 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung bis zu dem in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746 genannten Datum.
	(2) Unbeschadet des Artikels 110 Absatz 8 der Verordnung (EU) 2017/746 sind anstelle der nach Artikel 51 Absatz 5 der Verordnung (EU) 2017/746 vorgeschriebenen Informationen von den Benannten Stellen bis zu dem in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746 genannten Datum die in § 18 Absatz 3 Nummer 1 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung vorgeschriebenen Informationen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu übermitteln. Bis zu dem in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746 genannten Datum sind § 18 Absatz 4 und § 33 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung entsprechend anzuwenden.
	(3) Ist eine Mitteilung der Europäischen Kommission nach Artikel 34 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2017/745 nicht bis zu dem in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746 genannten Datum erfolgt, teilt das Bundesministerium für Gesundheit mit, wie die in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746 genannten Pflichten im Zusammenhang mit EUDAMED zu erfüllen sind. Die Mitteilung nach Satz 1 erfolgt durch Bekanntmachung, die im Bundesanzeiger veröffentlicht wird.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	8. Nach § 97 wird folgender § 97a eingefügt:
	„§ 97a
	Regelungen für den Fall fehlender Funktionalität der Europäischen Datenbank für Medizinprodukte nach Artikel 30 der Verordnung (EU) 2017/746
	(1) Ist eine Mitteilung der Europäischen Kommission nach Artikel 34 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2017/745 nicht bis zum 26. Mai 2022 im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht worden, gilt
	1. in Bezug auf die Registrierung von Produkten § 96a Absatz 1,
	2. in Bezug auf Artikel 51 Absatz 5 der Verordnung (EU) 2017/746 § 96a Absatz 2.
	Das Bundesministerium für Gesundheit teilt mit, wie die verschiedenen in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe f der Verordnung (EU) 2017/746 genannten und im Zusammenhang mit EUDAMED stehenden Pflichten und Anforderungen bis zu dem späteren der in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe f der Verordnung (EU) 2017/746 genannten Daten wahrgenommen werden sollen. Die Mitteilung nach Satz 2 erfolgt durch Bekanntmachung, die im Bundesanzeiger veröffentlicht wird.
	(2) Sind einzelne elektronische Systeme, die nach Artikel 30 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2017/746 Bestandteil von EUDAMED sind, voll funktionsfähig, ohne dass eine Mitteilung der Europäischen Kommission nach Artikel 34 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2017/745 im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht wurde, kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Bekanntmachung, die im Bundesanzeiger veröffentlicht wird,
	1. feststellen, dass die volle Funktionsfähigkeit eines elektronischen Systems, das Bestandteil von EUDAMED ist, oder mehrerer solcher elektronischen Systeme gegeben ist;
	2. im Falle der Feststellung der vollen Funktionsfähigkeit der elektronischen Systeme nach Artikel 30 Absatz 2 Buchstabe a und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>b der Verordnung (EU) 2017/746 mitteilen, dass Hersteller bis zu dem in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746 genannten Datum die Anforderungen nach § 96a Absatz 1 auch dadurch erfüllen können, dass sie die Registrierung von Produkten nach Artikel 26 der Verordnung (EU) 2017/746 vornehmen;</p>
	<p>3. im Falle der Feststellung der vollen Funktionsfähigkeit des elektronischen Systems nach Artikel 30 Absatz 2 Buchstabe d der Verordnung (EU) 2017/746 mitteilen, dass</p>
	<p>a) Benannte Stellen bis zu dem in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746 genannten Datum die Anforderungen nach § 96a Absatz 2 auch dadurch erfüllen können, dass sie die Anforderungen nach Artikel 51 Absatz 5 der Verordnung (EU) 2017/746 erfüllen;</p>
	<p>b) die in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe f der Verordnung (EU) 2017/746 genannten, im Zusammenhang mit dem elektronischen System nach Artikel 30 Absatz 2 Buchstabe d der Verordnung (EU) 2017/746 stehenden Pflichten und Anforderungen abweichend von der Mitteilung nach Absatz 1 Satz 2 über dieses elektronische System erfüllt werden können;</p>
	<p>4. im Falle der Feststellung der vollen Funktionsfähigkeit eines oder mehrerer der übrigen elektronischen Systeme, die nach Artikel 30 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2017/746 Bestandteil von EUDAMED sind, mitteilen, dass die übrigen in Artikel 113 Absatz 3 Buchstabe f der Verordnung (EU) 2017/746 genannten, mit dem jeweiligen elektronischen System in Zusammenhang stehenden Pflichten und Anforderungen abweichend von der Mitteilung nach Absatz 1 Satz 2 über das jeweilige elektronische System zu erfüllen sind.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	9. § 100 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
	„(2) Die für Benannte Stellen zuständige Behörde nach Artikel 31 der Verordnung (EU) 2017/746 überwacht bis zum 26. Mai 2025 in angemessener Weise
	1. die Einhaltung der Verpflichtungen einer Benannten Stelle nach Artikel 110 Absatz 3 Unterabsatz 5 der Verordnung (EU) 2017/746 sowie
	2. die Einhaltung der Kriterien des Anhangs IX der Richtlinie 98/79/EG durch die Benannte Stelle, die die Verpflichtungen nach Artikel 110 Absatz 3 Unterabsatz 5 der Verordnung (EU) 2017/746 zu erfüllen hat, und
	3. die Einhaltung der Verpflichtungen eines nach § 15 Absatz 5 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung anerkannten Prüflaboratoriums für In-vitro-Diagnostika.
	§ 15 Absatz 2 Satz 2 bis 5 und Absatz 5 Satz 4 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung ist bis zum 26. Mai 2025 entsprechend anzuwenden.“
	b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:
	„(3a) Für Leistungsstudien, die nach dem 26. Mai 2022 begonnen werden sollen, können ab dem 1. April 2022 Anträge nach § 33 über das Deutsche Medizinprodukteinformations- und Datenbanksystem nach § 86 gestellt werden. Die Ethik-Kommissionen führen die Prüfung und Bewertung von Anträgen nach Satz 1 auf der Grundlage der ab dem 26. Mai 2022 geltenden Anforderungen der Verordnung (EU) 2017/746 und nach den Verfahren der §§ 33 bis 37 durch. Abweichend von der in § 36 genannten Frist übermittelt die zuständige Ethik-Kommission die nach § 37 erforderliche Stellungnahme dem Sponsor frühestens am 26. Mai 2022.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 4	Artikel 4
Inkrafttreten	Inkrafttreten
Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 6 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
	(2) Artikel 1a tritt mit Wirkung vom 1. Juni 2022 in Kraft.
	(3) Artikel 2 Nummer 1b, 3a und 3b tritt am 1. Juli 2022 in Kraft.
	(4) Artikel 2d tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.
	(5) Artikel 3f Nummer 9 Buchstabe b tritt mit Wirkung vom 1. April 2022 in Kraft.
	(6) Artikel 3f Nummer 1, 7, 8 und 9 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 26. Mai 2022 in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Dr. Christos Pantazis, Erich Irlstorfer, Kordula Schulz-Asche, Nicole Westig, Martinichert und Ates Gürpınar

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 20/1014** in seiner 22. Sitzung am 18. März 2022 und den Gesetzentwurf auf **Drucksache 20/1331** in seiner 28. Sitzung am 7. April 2022 jeweils in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er beide Vorlagen an den Finanzausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Mitberatung überwiesen.

Beim Gesetzentwurf auf Drucksache 20/1331 wurde zudem gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages der Haushaltsausschuss beteiligt.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die andauernde Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie stellt nach Ansicht der Gesetzesinitianten das Pflegepersonal in Krankenhäusern und in der Langzeitpflege vor besondere Belastungen und verlangt ihm besondere Leistungen ab. Dies soll durch die kurzfristige Bereitstellung von finanziellen Mitteln für Prämienzahlungen anerkannt werden. Aus dem Bundeshaushalt sollen daher 500 Millionen Euro für Prämienzahlungen im Krankenhausbereich und 500 Millionen Euro für Prämienzahlungen im Bereich der Langzeitpflege zur Verfügung gestellt werden.

Krankenhaus

Der neue § 26e des Krankenhausfinanzierungsgesetzes regelt, dass Krankenhäuser, die im Jahr 2021 besonders viele mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Patientinnen und Patienten zu behandeln hatten, die beatmet werden mussten, finanzielle Mittel für Prämienzahlungen erhalten. Das betrifft 837 Krankenhäuser. In diesen Krankenhäusern sollen jene Pflege- und Intensivpflegefachkräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen 2021 für mindestens 185 Tage in dem Krankenhaus beschäftigt waren, Prämien in einheitlicher Höhe erhalten. Die Prämienhöhe für Intensivpflegefachkräfte soll beim 1,5-Fachen der Höhe einer Prämie für Pflegefachkräfte liegen. Die Krankenhäuser müssen die vollständige und zweckentsprechende Mittelverwendung nachweisen.

Langzeitpflege

Zur Umsetzung von Prämienzahlungen in der Langzeitpflege soll § 150a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) angepasst werden. Dadurch werden die Betreiber von zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weitere Arbeitgeber in der Langzeitpflege – entsprechend der Regelung des Jahres 2020 – verpflichtet, ihren Beschäftigten nach dem 30. Juni 2022, aber spätestens bis zum 31. Dezember 2022 eine zusätzliche finanzielle Anerkennung (Corona-Pflegebonus) für ihre besonderen Leistungen und Belastungen zu zahlen. Das Auszahlungsverfahren zu dieser Sonderleistung soll sich am erprobten Verfahren der Corona-Prämienregelung des Jahres 2020 orientieren. Die Betreiber der Pflegeeinrichtungen erhalten den Betrag, den sie für die Auszahlung der Corona-Pflegeboni benötigen, von der sozialen Pflegeversicherung im Wege der Vorauszahlung erstattet.

Höhe des Pflegebonus

Beschäftigte, die in oder für zugelassene Pflegeeinrichtungen in der Alten- und Langzeitpflege innerhalb des Bemessungszeitraums vom 1. November 2020 bis 30. Juni 2022 für mindestens drei Monate tätig und am 30. Juni 2022 noch beschäftigt und tätig sind, sollen einen nach verschiedenen Kriterien gestaffelten Rechtsanspruch auf

einen steuer- und sozialversicherungsbeitragsfreien Corona-Pflegebonus in Höhe von bis zu 550 Euro erhalten. Den höchsten Bonus sollen Vollzeitbeschäftigte in der direkten Pflege und Betreuung erhalten. Auszubildende, Freiwilligendienstleistende, Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Servicegesellschaften, die in der Alten- bzw. Langzeitpflege tätig sind, sollen ebenfalls einen Bonus erhalten.

Umsetzung der Regelungen der §§ 72 und 82c SGB XI

Zudem wollen die Gesetzesinitianten die Umsetzung der Regelungen der §§ 72 und 82c SGB XI zur Zahlung einer Entlohnung mindestens in Tariffhöhe für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Pflege und Betreuung ab dem 1. September 2022 durch zugelassene Pflegeeinrichtungen vorantreiben. Zum Verfahren seien zwischenzeitlich Optimierungs- und Klarstellungsbedarfe identifiziert worden, die in dem vorliegenden Gesetzentwurf umgesetzt würden.

Befristete Anhebung des Pflegeentgeltwerts

Durch die befristete Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts soll die Liquidität der Krankenhäuser, die bislang noch keinen krankenhausespezifischen Pflegeentgeltwert mit den Kostenträgern vereinbart hätten, gestärkt werden.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller fordern, zusätzlich zu den Bonuszahlungen für Pflegekräfte haushalterisch unverzüglich eine umfassende und bundesweite Bonuszahlung von mindestens 500 Euro für die Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rettungsdienst auf den Weg zu bringen, da diese während der Corona-Pandemie unter großem persönlichen Risiko den regulären Betrieb in den ambulanten Praxen aufrechterhalten und wesentlich zum Erfolg der Impfkampagne gegen SARS-CoV-2 beigetragen hätten.

Weiter soll unverzüglich eine flächendeckende Regelung zur vollständigen Refinanzierung von Tarifabschlüssen der Medizinischen Fachangestellten durch die Kostenträger beschlossen werden. Der Leistungskatalog der Krankenkassen müsse schnellstmöglich so gestaltet werden, dass von qualifizierten Medizinischen Fachangestellten erbrachte Leistungen vollständig von den Kostenträgern übernommen würden. Ein Bund-Länder-Gipfel zur Neuordnung des Ausbildungsberufs müsse einberufen werden, um die Berufsordnungen noch 2022 zu reformieren. Als zentrale Leitlinien sollten dabei insbesondere Delegationsmöglichkeiten, der Abbau bestehender Delegationshindernisse, Aufstiegsmöglichkeiten im Beruf sowie die generelle Aufwertung des Berufsbildes die Debatte führen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 15. Sitzung am 18. Mai 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/1331 zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 16. Sitzung am 18. Mai 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/1331 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 15. Sitzung am 18. Mai 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/1331 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 13. Sitzung am 18. Mai 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD bei Stimmenthaltung der

Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/1331 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat zudem aufgrund seiner Beteiligung nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages einen eigenen Bericht zum Gesetzentwurf auf Drucksache 20/1331 vorlegt.

Zu Buchstabe b

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 15. Sitzung am 18. Mai 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/1014 zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 14. Sitzung am 11. Mai 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/1014 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 15. Sitzung am 18. Mai 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/1014 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 13. Sitzung am 18. Mai 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/1014 zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 19. Sitzung am 6. April 2022 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/1331 – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlage durch das Plenum des Deutschen Bundestages – und zum Antrag auf Drucksache 20/1014 eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 21. Sitzung am 27. April 2022 hat der Ausschuss die Beratungen zu den beiden Vorlagen aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 23. Sitzung am 27. April 2022 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AOK-Bundesverband GbR, AWO Bundesverband e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Dachverband der Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland e. V. (DVTa), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. (DBVA), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Hebammen Verband e. V., Deutscher Landkreistag e. V. (DLT), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB), Deutscher Städtetag, Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., GKV-Spitzenverband, Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V., Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V., ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (VDGH), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB), Verband Medizinischer Fachberufe e. V. (vmf) und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Annemarie Fajardo (care pioneers GmbH), Werner Möller (Initiative „Pflege für Aufklärung“) und Thomas Nogueira (Vorstandsmitglied Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK). Auf das Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung und die Stellungnahmen der Sachverständigen und Einzelsachverständigen auf Ausschussdrucksache 20(14)29(1-18) wird verwiesen.

In seiner 27. Sitzung am 18. Mai 2022 hat der Ausschuss die Beratungen zu den beiden Vorlagen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/1331 in geänderter Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 20/1014 abzulehnen.

Änderungsanträge

Dem Ausschuss für Gesundheit haben Änderungsanträge der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf den Ausschussdrucksachen 20(14)31neu und 20(14)31.1 vorgelegen.

Die Änderungsanträge 1 bis 7 auf Ausschussdrucksache 20(14)31neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge 8 bis 12 auf Ausschussdrucksache 20(14)31.1 wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Petitionen

Dem Ausschuss für Gesundheit haben zu den Vorlagen auf den Drucksachen 20/1331 und 20/1014 Petitionen vorgelegen, zu denen der Petitionsausschuss Stellungnahmen nach § 109 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages erbeten hatte. Die Petitionen wurden in die Beratungen einbezogen und der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der SPD** zeigte sich sehr froh, dass man mit dem Pflegebonusgesetz die Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag umsetze und Prämien in Höhe von 1 Milliarde Euro an die Beschäftigten in der Pflege auszahlen könne. Das ist eine Anerkennung für die geleistete Arbeit während der Pandemie. Natürlich ist es einfach zu sagen, dass dies nicht genug sei. Gerne hätte man doppelt oder dreimal so viel Geld verteilt, wenn man gewusst hätte, wo das Geld herkommen solle. Deshalb verteile man die begrenzten Mittel so gut und so gerecht wie möglich. Im parlamentarischen Verfahren habe man wichtige Verbesserungen erreicht. So könnten Beschäftigte von Zeit- und Leiharbeitsfirmen und die Mitglieder der DRK-Schwesternschaften in Krankenhäusern einen Bonus erhalten. Außerdem regle man finanzielle Entlastungen für die Krankenhäuser und verlängere die pandemiebedingten Sonderregelungen im Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz bis zum 31. Dezember 2022. Auch bei den Regelungen zur Tariftreue in der Pflege habe man wichtige Änderungen vorgenommen, um die Umsetzung rechtssicher, bürokratiearm und transparent zu machen. Für viele Beschäftigte in der Altenpflege bedeute dies erhebliche finanzielle Verbesserungen. Der Fraktion sei es besonders wichtig, dass die Bonuszahlungen auch in ganzer Höhe bei den Pflegekräften ankämen. Im Vierten Corona-Steuerhilfegesetz, das ebenfalls in dieser Woche abschließend im Bundestag beraten werde, befreie man deshalb Boni bis zur Höhe von 4 500 Euro von Steuer- und Beitragszahlungen.

Die **Fraktion der CDU/CSU** erklärte, dem Gesetzentwurf der Regierungskoalition zustimmen zu wollen. Zum eigenen Antrag merkte sie an, dass sie im Grunde zwei Anträge gestellt habe, einmal den Änderungsantrag im Hinblick auf die Aufhebung der Differenzierung zwischen Stammbelagschaft einerseits und Leiharbeitnehmern, Rot-Kreuz-Schwestern etc. andererseits. Sie begrüßte die entsprechende Aufnahme des Vorschlags durch die Ampel-Koalition, da dies ein gutes Signal sei. Darüber hinaus sei der Antrag gestellt worden, die Zahlung der Boni auszuweiten auf Medizinische Fachangestellte (MFA), Zahnmedizinische Fachangestellte (ZMFA) und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rettungskräfte. Hier hätte sich die Fraktion mehr Akzeptanz seitens der „Ampel“ gewünscht, allein schon aus symbolischer Sicht. Zwar sei die Berücksichtigung von MFA, ZMFA und Rettungskräften nun über eine steuerliche Begünstigung möglich, die Fraktion hätte sich jedoch eine entsprechende Bonuszahlung auch als Teil des Gesetzentwurfs gewünscht.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** betonte, die Koalitionsfraktionen wollte mit diesem Gesetz die unbestrittenen Leistungen der Pflegekräfte während der Pandemie anerkennen. Dafür würde insgesamt 1 Milliarde Euro zur Verfügung gestellt. Davon gingen jeweils 500 Millionen Euro als Prämienzahlung in die Langzeitpflege

und in den Krankenhausbereich. Es sei aber klar, dass solche Einmalzahlungen kein Ersatz für Strukturreformen seien, die die Arbeitsbedingungen in der Pflege grundsätzlich verbesserten. Daher strebe die Koalition ein Maßnahmenpaket zu deren Verbesserung an. Dazu gehörten unter anderem eine bessere Personalausstattung, die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten und eine grundsätzliche Aufwertung des Pflegeberufs. Außerdem erreiche man mit dem Gesetz eine befristete Anhebung des Pflegeentgeldwerts auf 200 Euro bis Ende des Jahres als Liquiditätshilfe für Krankenhäuser. Mit der Klarstellung zur Umsetzung der Tariftreuerregelung stelle man sicher, dass pünktlich und rechtssicher ab September 2022 nur noch solche Pflegeeinrichtungen in der Versorgung zugelassen würden, die ihre Pflegekräfte in Tarifhöhe bezahlten.

Die **Fraktion der FDP** zeigte sich erfreut über den finanziellen Bonus, der für den großen Kreis der Pflegenden als Dank für die in den vergangenen Monaten geleistete Arbeit zur Verfügung gestellt werde. Darüber hinaus aber seien jetzt strukturelle Verbesserungen vonnöten. Die PPR 2.0 solle schnell auf den Weg gebracht und die Ausbildungsbedingungen für die Pflege müssten verbessert werden. Erfreut zeigte sich die Fraktion auch über den Kompromiss zur Tariftreuerregelung, sodass es hier keinen Tarifzwang gebe, sondern die Möglichkeit bestehe, Durchschnittslöhne zu zahlen. Das sei gerade für kleine Familienunternehmen ein pragmatischerer Weg. Darüber hinaus sieht die Fraktion die Durchführung der Grippeimpfung durch die Apotheker sehr positiv. Die von der CDU/CSU erhobenen finanziellen Forderungen seien im Corona-Steuerhilfegesetz aufgegriffen und noch deutlich erweitert worden, sodass auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen profitierten. Darüber hinaus sei auch die Höhe der möglichen steuerfreien Boni deutlich ausgeweitet worden. Die ebenfalls von der CDU/CSU geforderte Weiterentwicklung der MFA-Berufe müsse in Abstimmung mit den Berufsverbänden, der ärztlichen Selbstverwaltung und den Kassen erarbeitet werden. Das Thema sei zu wichtig, um es als Anhängsel eines Corona-Gesetzes zu behandeln.

Die **Fraktion der AfD** erklärte, man werde sich dem Pflegebonusgesetz prinzipiell nicht in den Weg stellen, weil dieses ein guter Ansatz sei, auch wenn vieles nicht ausreichend sei. So würden die Beschäftigten, die den Pflegebonus erhalten sollten, mit mickrigen Beträgen abgespeist, zum Beispiel 550 Euro und das auch noch einmalig. Besonders inakzeptabel sei aber, dass ungeimpfte Pflegekräfte leer ausgehen sollten. Das sei eine Ungerechtigkeit, da diese sich genauso in der Pandemie für die Patienten eingesetzt und aufgeopfert hätten. Zudem hätten auch Boni-Regelungen für weitere Berufsgruppen, die während der Corona-Pandemie besonders belastet worden seien, erlassen werden müssen. Auch dem Antrag der CDU/CSU-Fraktion stimme man zu.

Die **Fraktion DIE LINKE.** merkte an, sie habe bereits im Dezember letzten Jahres einen Antrag eingereicht, der alle Berufsgruppen, die von der Pandemie betroffen seien, berücksichtigt hätte, nicht nur einen Teil der Pflegekräfte wie im Koalitionsentwurf und auch nicht nur die, die im Unionsantrag berücksichtigt werden. Aus diesem Grund sei die Fraktion verwundert, dass ein halbes Jahr nach ihrem Antrag ein schlechterer Entwurf von der Regierung vorgelegt werde. Natürlich sei es besser, dass einige etwas bekommen, als dass niemand etwas bekomme, deswegen wolle man auch nicht ablehnen. Kritisch sehe die Fraktion auch die unterschiedliche Berücksichtigung des Pflegepersonals in Krankenhäusern und den Pflegeeinrichtungen. Der Gesetzentwurf bleibe sehr lückenhaft. Außerdem kritisiere man die Beendigung des Schutzschirmes für die Pflegeeinrichtungen. Dort werde Geld eingespart, obwohl weiterhin Mehrkosten für Schutzausrüstung anfallen. In dem Antrag der Union sehe man immerhin den Einbezug einiger Gruppen, wie MFA und Rettungsdienst, deswegen wolle die Fraktion dem Entwurf zustimmen, auch wenn andere Gruppen, wie Heilmittelberufe oder auch der Öffentliche Gesundheitsdienst, deren Einbezug DIE LINKE. im Dezember letzten Jahres gefordert hatte, auch hier ausgespart werden.

B. Besonderer Teil

Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgenommenen Änderungen ist Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu § 26e

Zu Absatz 2 Satz 1

Soweit bei Leiharbeitsunternehmen beschäftigte Pflegefachkräfte im Jahr 2021 für mindestens 185 Tage in einem anspruchsberechtigten Krankenhaus in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigt gewesen sind, erhalten auch sie, anders als in der Begründung des Gesetzentwurfs dargelegt, Prämien auf der Grundlage von § 26e KHG. Das Gleiche gilt für Mitglieder von Schwesternschaften.

Zu den Absätzen 1 bis 7

Es handelt sich um Anpassungen im Verfahren und bei den Fristen sowie um Folgeänderungen.

Wie in der Anhörung vorgeschlagen wird die Frist für die Krankenhäuser zur Meldung der Daten an das InEK für die Berechnung und Auszahlung der auf die einzelnen Krankenhäuser entfallenden Beträge zur Zahlung des Pflegebonus von zwei Wochen auf vier Wochen verlängert. Die in der Vorschrift vorgesehenen Fristen für das Tätigwerden des InEK und des BAS werden zudem an den Zeitpunkt des voraussichtlichen Inkrafttretens des Gesetzes Ende Juni 2022 angepasst.

Mit den Änderungen in Absatz 2 Satz 4 und der Streichung von Absatz 4 Satz 2 wird klargestellt, dass Pflegefachkräfte und Intensivpflegefachkräfte, die im Jahr 2021 länger als 185 Tage in einem anspruchsberechtigten Krankenhaus beschäftigt waren, entsprechend der Datenlieferungen nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes eine anteilige Prämie erhalten, soweit sie im Jahr 2021 in Teilzeit beschäftigt waren oder nicht im gesamten Jahr 2021 in dem Krankenhaus beschäftigt waren. Ist eine anspruchsberechtigte Person nicht im gesamten Jahr 2021 in dem Krankenhaus beschäftigt gewesen und hat gleichzeitig in Teilzeit gearbeitet, ist ihre Prämie in dem Verhältnis zu mindern, in dem der Umfang und die Dauer ihrer Beschäftigung zum Beschäftigungsumfang und zur Beschäftigungsdauer einer Vollkraft gestanden haben. Maßgeblich für die Bemessung der Prämie sind dabei nur die Zeiträume, in denen die Pflegefachkraft in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder in der Intensivpflege tätig war. Ist sie dagegen zeitweise in anderen Bereichen des Krankenhauses tätig gewesen, ist dieser Zeitraum bei der Ermittlung der für die Höhe der Prämie maßgeblichen Beschäftigungsdauer nicht zu berücksichtigen.

Um die durch das InEK zu treffenden Festlegungen gegenüber den Krankenhäusern nach Absatz 6 Satz 3, insbesondere über die Höhe des Auszahlungsbetrages, rechtssicherer zu gestalten, wird geregelt, dass die Festlegungen für das jeweilige Krankenhaus in einem Bescheid zu treffen sind. Das InEK hat demzufolge gegenüber den anspruchsberechtigten Krankenhäusern Bescheide zu erlassen und handelt entsprechend als Beliehener im Sinne des § 31. Widerspruch und Klage gegen den Bescheid nach Absatz 6 Satz 3 haben nach § 31 Absatz 2 keine aufschiebende Wirkung.

Die zunächst in Absatz 6 Satz 4 vorgesehene Mitteilungspflicht des InEK an das BAS ist entbehrlich und wurde im Sinne einer Verfahrensvereinfachung gestrichen.

Zu Artikel 1a – Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Im Rahmen der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie kommt der Schutzimpfung weiterhin eine entscheidende Bedeutung zu. Es ist geplant, die Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) bis zum 25. November 2022 zu verlängern. Um den Personalbedarf in den Impfzentren und den daran angegliederten mobilen Impfteams im Sinne der CoronaImpfV zu decken, soll auch die bis zum 31. Mai 2022 geltende Beitragsfreiheit von Einnahmen aus der Tätigkeit als Ärztin oder Arzt, Zahnärztin oder Zahnarzt, Tierärztin oder Tierarzt oder Apothekerin oder Apotheker in einem Impfzentrum im Sinne der CoronaImpfV oder einem dort angegliederten mobilen Impfteam verlängert werden. Dazu wird die bislang in der Vorschrift enthaltene zeitliche Beschränkung auf den Zeitraum vom 15. Dezember 2020 bis zum 31. Mai 2022 gestrichen. Da die Norm nur für Tätigkeiten in einem Impfzentrum

im Sinne der CoronaImpfV oder einem dort angegliederten mobilen Impfteam gilt, besteht eine inhaltliche Verknüpfung mit der CoronaImpfV. Künftig findet § 130 daher so lange Anwendung, wie Einnahmen aus Tätigkeiten als Ärztin oder Arzt, Zahnärztin oder Zahnarzt, Tierärztin oder Tierarzt oder Apothekerin oder Apotheker in einem Impfzentrum im Sinne der CoronaImpfV oder in einem dort angegliederten mobilen Impfteam erzielt werden.

Zu Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1a

Zu § 8 Absatz 5a

Die nach § 82c Absatz 6 einzurichtende Geschäftsstelle wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert, da sie im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen kassenartenübergreifend Aufgaben wahrnimmt.

Zu Nummer 1b

Zu Buchstabe a

Zur besseren Verständlichkeit der Regelungen wird der bisherige Absatz 3 in die Absätze 3 bis 3c untergliedert. Zudem werden in Absatz 3 Satz 4 bis 6 Neuregelungen aufgenommen:

Nach Absatz 3 Satz 1 haben Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, halbjährlich bzw. vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Diese Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und somit dem Schutz der pflegebedürftigen Person. Denn reine Pflegegeldempfänger stellen mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicher. Gleichzeitig dient die Beratung der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der Pflegepersonen. Es sollen die Möglichkeiten einer sachgerechten, aktivierenden Pflege, der Prävention und Rehabilitation sowie die Einschaltung ergänzender Dienste, die Inanspruchnahme entlastender Leistungen und der Einsatz von Pflegehilfsmitteln besprochen werden. Gleichzeitig sollen die Pflegepersonen auf Pflegekurse hingewiesen werden. Idealerweise kann die Beratung im Bedarfsfall dazu genutzt werden, Überlastungssituationen der Pflegepersonen frühzeitig zu erkennen und für Unterstützung und Entlastung zu sorgen. So kann der Pflegealltag sowohl für die pflegebedürftige Person als auch für die Pflegepersonen verbessert und die häusliche Pflege möglichst langfristig sichergestellt werden.

Während der COVID-19-Pandemie besteht die befristete Möglichkeit, die Beratung telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchzuführen, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht. Diese Möglichkeit ist von den Pflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen gut angenommen worden. Gleichzeitig ist seitens der fachlich Beteiligten die Forderung erhoben worden, diese Möglichkeit in das Dauerrecht zu übernehmen. Diese Forderung wird insofern aufgegriffen, als in Absatz 3 Satz 4 die Regelung aufgenommen wird, dass auf Wunsch der pflegebedürftigen Person im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgt. Die erstmalige Beratung erfolgt jedoch in jedem Fall in Form der persönlichen Begegnung vor Ort in der Häuslichkeit.

Mit der Durchführung per Videokonferenz jedes zweite Mal ist sichergestellt, dass bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 und 3 zumindest einmal im Jahr eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit stattfindet. Nähere Ausführungen zur Durchführung der Beratung als Videokonferenz – einschließlich der dabei gebotenen Maßnahmen hinsichtlich des Datenschutzes und der Datensicherheit – sind in die Empfehlungen nach Absatz 5 aufzunehmen. Um die einschlägigen Vorgaben umzusetzen, dürfen nur Videodienstleister im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch genutzt werden (siehe § 365 SGB V in Verbindung mit Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Von einer dauerhaften Übernahme der pandemiebedingten Sonderregelungen, dass die Beratung telefonisch oder digital durchgeführt werden kann, wird aufgrund der wichtigen Bedeutung der Beratung für die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen Abstand genommen. Es ist bei jeder Beratung unerlässlich, dass die Beratungsperson einen visuellen Eindruck zumindest von der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson erhält. Wegen der wichtigen Bedeutung der Beratung für die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen gilt die Regelung zudem

befristet bis zum 30. Juni 2024. Gemäß § 7a Absatz 9 Satz 1 legt der GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor. Dieser bezieht sich unter anderem auf die Durchführung, die Ergebnisse und die Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8 (§ 7a Absatz 9 Satz 1 Nummer 2). Der nächste zu erstellende Bericht (Juni 2023) wird sich somit auch auf die Durchführung der Beratung per Videokonferenz beziehen. Nach Auswertung des Berichtes ist darüber zu entscheiden, ob die Regelung zu entfristen ist.

Selbstverständlich erfolgt eine Beratung per Videokonferenz nur, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht. Ebenso kann die pflegebedürftige Person jederzeit Abstand von der Beratung per Videokonferenz nehmen und sich wieder in der Häuslichkeit beraten lassen.

Diese Regelung trägt dazu bei, die Möglichkeiten zur Nutzung der Digitalisierung in der Pflege zu erweitern.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neugliederung von Absatz 3 in die Absätze 3 bis 3c.

Zu Nummer 1c

Durch die Befristung der erstmaligen Bewilligung auf höchstens sechs Monate wird eine Überprüfung dahingehend ermöglicht, ob die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung gemäß Absatz 1 bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird. Gleichzeitig wird damit ein Beitrag zur wirtschaftlichen Verwendung der Pflegeversicherungsbeiträge gewährleistet.

Die Pflegekasse hat innerhalb der Frist eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung bezogen auf die Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person erreicht wird. Ein gesonderter Antrag der pflegebedürftigen Person ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Die Pflegekasse darf die pflegebedürftige Person zur bisherigen Nutzung befragen und klären, ob die digitale Pflegeanwendung weiterhin genutzt werden soll. Die hierbei erhobenen Daten dürfen von der Pflegekasse nach § 94 Absatz 1 Nummer 3 verarbeitet werden. Die Befragung hat innerhalb der Frist zu erfolgen. Um eine unbürokratische Weiternutzung der digitalen Pflegeanwendung sicherzustellen, hat die pflegebedürftige Person ein Wahlrecht zur Form bzw. zum Kommunikationsweg bei der Befragung. Auf Wunsch der betroffenen Person soll die Befragung telefonisch durchgeführt werden. In Betracht käme, die pflegebedürftige Person mit dem Bewilligungsbescheid auf ihre Wahlmöglichkeit hinzuweisen.

Auf den Vergütungsbetrag hat die Befristung keinen Einfluss.

Zu den Nummern 2 und 3

Zu § 72 Absatz 3a

Aufgrund der Legaldefinition des Begriffs der Entlohnung in § 72 Absatz 3b erfolgt in Absatz 3a die Klarstellung, dass tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundene Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Pflege- und Betreuungsbereich die Gehälter zahlen müssen, die aus der jeweiligen Bindung resultieren. Damit wird der Begriff auch an die gleichlautende Formulierung des § 82c Absatz 1 angepasst.

Zu § 72 Absatz 3b

Mit der Änderung wird geregelt, dass mit Pflegeeinrichtungen, die weder an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind noch nach einem konkreten Tarifvertrag oder nach konkreten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 bis 3 entlohnen, ab dem 1. September 2022 Versorgungsverträge auch dann abgeschlossen werden dürfen, wenn die Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in der jeweiligen Pflegeeinrichtung Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, hinsichtlich der Entlohnungsbestandteile nach Satz 2 Nummer 1 bis 5, die den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern der in § 82c Absatz 2 Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen jeweils im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und hinsichtlich der pflegetypischen Zuschläge nach Satz 2 Nummer 6, die den in Satz 1 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, jeweils in der nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten

Höhe, nicht unterschreitet. Für die Zulassung darf dabei das jeweils veröffentlichte regional übliche Entlohnungsniveau in jeder der drei in § 82c Absatz 2 Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen (Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung, Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung und Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung) jeweils im Durchschnitt der Qualifikationsgruppe nicht unterschritten werden. Damit soll sichergestellt werden, dass Verbesserungen bei der Entlohnung sich gleichermaßen auf diese drei Qualifikationsgruppen verteilen. Die regional üblichen Entlohnungsniveaus bilden die durchschnittliche tarif- und kirchenarbeitsrechtliche Entlohnung des Pflege- und Betreuungspersonals in einer Region (in der Regel dem Bundesland) in der jeweiligen Qualifikationsgruppe für die Entlohnungsbestandteile nach Satz 2 Nummer 1 bis 5 ab. Zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen ist im Falle von Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 neben der Zahlung mindestens in Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 auch die Zahlung der drei in den Sätzen 3 und 4 genannten pflegetypischen Zuschläge der Art nach und in Höhe der jeweils nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten, regional üblichen Niveaus dieser Zuschläge erforderlich. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen kommt die Aufgabe zu, neben einer Überarbeitung der Erhebungsgrundlagen rechtzeitig vor dem Wirksamwerden der gesetzlichen Regelungen zum 1. September 2022 die Plausibilität der Daten für die oben genannten drei Zuschläge, insbesondere der Feiertagszuschläge, zu überprüfen.

Darüber hinaus werden in Satz 2 der Begriff und die Bestandteile der Entlohnung im Sinne des Elften Buches und in den Sätzen 3 und 4 die pflegetypischen Zuschläge und die inhaltlichen Mindestvoraussetzungen, unter denen sie zu zahlen sind, gesetzlich konkretisiert. Für die Berücksichtigung der Entlohnungsbestandteile einschließlich der pflegetypischen Zuschläge kommt es nicht auf die konkrete Bezeichnung, sondern auf den mit dem Zuschlag verfolgten Sinn und Zweck an. Im Einzelnen gehören nach Satz 2 zur Entlohnung im Sinne des Elften Buches die folgenden Bestandteile:

1. Grundlohn: In der Regel monatlich gezahltes regelmäßiges Grundgehalt unter Berücksichtigung der Eingruppierung in die Entgeltgruppen und der Erfahrungsstufen.
2. Jahressonderzahlungen: Zusätzliches Entgelt, das in jedem Jahr, aber nicht regelmäßig monatlich, sondern z. B. halbjährlich oder jährlich gezahlt wird (beispielsweise Urlaubs- oder Weihnachtsgeld, jährliche Betriebstreueprämien, nicht aber einmalige Sonderzahlungen wie beispielsweise einmalige Prämien oder Boni).
3. Vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers: Darunter werden Leistungen nach § 2 des 5. Vermögensbildungsgesetzes verstanden.
4. Pflegetypische Zulagen: Darunter fallen Zulagen, die typischer Weise unabhängig von konkreten Arbeitseinsätzen oder Arbeitszeiten allein aufgrund des konkreten Beschäftigungsverhältnisses im Pflege- und Betreuungsbereich regelmäßig und fix gezahlt werden, beispielsweise Pflege- und Geriatriezulagen, Schicht- und Wechselschichtzulagen für ständige Schicht-/Wechselschichtarbeit, Erschwerniszulagen, Stellenzulagen.
5. Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft: Bei der Entlohnung sind auch Zeiten des Bereitschaftsdienstes und der Rufbereitschaft zu berücksichtigen. Bereitschaftsdienst ist die Zeitspanne, in der der Arbeitnehmer sich für Zwecke des Betriebes an einem vom Arbeitgeber vorgegebenen Ort innerhalb oder außerhalb des Betriebs aufhalten muss, damit er erforderlichenfalls seine Arbeitstätigkeit jedenfalls unverzüglich aufnehmen kann. Bereitschaftsdienst ist in vollem Umfang Arbeitszeit. Rufbereitschaft ist die Verpflichtung des Arbeitnehmers, für den Arbeitgeber jederzeit erreichbar zu sein, um auf Abruf die Arbeit alsbald aufnehmen zu können. Im Unterschied zum Bereitschaftsdienst muss sich der Arbeitnehmer nicht an einem vorgegebenen Ort aufhalten. Der Arbeitnehmer kann seinen Aufenthaltsort während der Rufbereitschaft also selbst bestimmen. Eine Inanspruchnahme während der Rufbereitschaft ist Arbeitszeit.
6. Pflegetypische Zuschläge: Pflegetypische Zuschläge sind solche, die abhängig von der Art und Häufigkeit bestimmter Tätigkeiten, also den konkreten Arbeitseinsätzen oder Arbeitszeiten, z. B. beim Einsatz in bestimmten Bereichen oder zu bestimmten Zeiten, gezahlt werden. Zu zahlen sind von den nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen mindestens Nachtzuschläge, Sonntagszuschläge und Feiertagszuschläge.

In Satz 5 wird geregelt, dass für die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen die Entlohnung für die geleistete Arbeit im Sinne von Satz 2, soweit mit ihr die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt werden, in Geld erfolgen muss. Werden die Mindestvoraussetzungen überschritten, kann der Überschreibungsbetrag auch (teil-

weise) in Sachleistungen gewährt werden (z. B. durch Tank- oder Einkaufsgutscheine oder private Dienstwagenutzung). Dadurch soll sichergestellt werden, dass keine Doppelfinanzierung der Entlohnung aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung erfolgt; zudem wird die Nachprüfbarkeit der Zahlung der Entlohnung angesichts der Vielgestaltigkeit der Modelle z. B. zur privaten Dienstwagenutzung erleichtert.

In Satz 6 wird geregelt, dass Pflegeeinrichtungen im Sinne von Satz 1 Nummer 1 bis 3 bei Änderungen der im angewendeten Tarifvertrag (oder der angewendeten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen) vereinbarten Entlohnung diese bei der Entlohnung ihrer Pflege- und Betreuungskräfte binnen zwei Monaten nachvollziehen müssen. Dies betrifft insbesondere den Fall, dass die Tarifvertragsparteien sich auf eine Anpassung der im Tarifvertrag geregelten Löhne verständigen. Die Zweimonatsfrist beginnt mit der Bekanntmachung dieser Änderung im Rahmen der monatlichen Aktualisierung der Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 durch die Landesverbände der Pflegekassen zu laufen.

In Satz 7 wird geregelt, bis zu welchem Zeitpunkt nach Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 die erforderlichen Änderungen bei der Entlohnung durch die Pflegeeinrichtungen im Sinne von Satz 1 Nummer 4 (regional übliche Entlohnungsniveaus und regional übliche Niveaus der pflegetypischen Zuschläge) erfolgen müssen. Damit werden diesen Pflegeeinrichtungen im Einklang mit den Fristen aus Satz 5 regelmäßig zwei Monate Zeit für die erforderlichen Prüfungen und Anpassungen der Entlohnung der Pflege- und Betreuungskräfte und die entsprechende Vereinbarung ihrer Pflegevergütungen gegeben. Entsprechende Änderungen sind dann in der Pflegeeinrichtung im Jahr 2023 bis zum 1. Februar (Veröffentlichung erfolgt im Jahr 2022 bis zum 30. November), ab dem Jahr 2024 jeweils bis zum 1. Januar jeden Jahres (Veröffentlichung erfolgt ab dem Jahr 2023 jeweils bis zum 31. Oktober eines Jahres) umzusetzen.

In Satz 8 wird klargestellt, dass Pflegeeinrichtungen, die für die Zulassung ab 1. September 2022 das regional übliche Entlohnungsniveau und die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge mindestens einhalten, im Zeitraum vom 1. September 2022 bis 31. Januar 2023 die aufgrund der Mitteilung nach Absatz 3e in der Fassung vom 20. Juli 2021 (Tag des Inkrafttretens der Regelungen des Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetzes) auf Grundlage von § 82c Absatz 5, ebenfalls in der Fassung vom 20. Juli 2021 veröffentlichten regional üblichen Entgelt-niveaus in drei Qualifikationsgruppen und pflegetypischen Zuschläge nach Satz 3 und Satz 4 (Nacht-, Sonn- und Feiertagszuschläge) maßgebend sind. Diese Regelung ist erforderlich, weil die aufgrund der bisher geltenden Regelungen im Februar 2022 von den Landesverbänden der Pflegekassen erstmals veröffentlichten Werte für die regional üblichen Entgelt-niveaus und die drei pflegetypischen Zuschläge eine methodisch etwas andere Zusammensetzung haben als die zukünftig einzuhaltenden und zu veröffentlichenden Werte.

Zu § 72 Absatz 3c

Nach § 72 Absatz 3e haben Pflegeeinrichtungen, die an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen nach § 72 Absatz 3a gebunden sind, den Landesverbänden der Pflegekassen jährlich bis zum Ablauf des 30. September des Jahres mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind. Dabei sind auch die maßgeblichen, d. h. fachlich erforderlichen Informationen aus den Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Feststellung der Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, zu übermitteln.

Im Zuge der erstmaligen Meldung nach § 72 Absatz 3e im Jahr 2021 wurde nach Auswertung der gemeldeten Daten deutlich, dass ein Teil der an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen entgegen der gesetzlichen Verpflichtung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig alle angeforderten maßgeblichen Informationen gemeldet haben. Von gleicher Bedeutung ist künftig die gesetzliche Verpflichtung aller Pflegeeinrichtungen in § 72 Absatz 3d Satz 2, Änderungen der Angaben nach Satz 1, unverzüglich mitzuteilen, soweit nach Abschluss des Versorgungsvertrags Änderungen auftreten. Daher wird es dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermöglicht, in den Richtlinien nach § 72 Absatz 3c auch Regelungen zu den Folgen der Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten gemäß § 72 Absatz 3d Satz 2 sowie Absatz 3e zu treffen (z. B. Vertragsstrafen). Diese Regelungen sind verhältnismäßig zu gestalten und im Einzelfall vom jeweiligen Landesverband der Pflegekassen auch verhältnismäßig anzuwenden.

Bei der Änderung des neuen Satz 4 handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung aufgrund der Einfügung der Sätze 2 und 3.

Bei der Anfügung des neuen Satz 7 handelt es sich um eine gesetzliche Klarstellung, da aus dem Regelungsgegenstand der Richtlinien, die die Verfahrens- und Prüfgrundsätze im Verhältnis zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sowie ihrer Verbände konkretisieren, bereits eine Bindung der Beteiligten folgt.

Zu § 72 Absatz 3d

Satz 1 enthält eine Folgeänderung zur Änderung von Absatz 3b. In Satz 2 wird klargestellt, dass die Mitteilung nach Satz 1 im Jahr 2022 entsprechend in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung des Satz 1 erfolgen muss.

Zu § 72 Absatz 3e

In Absatz 3e wird ergänzt, welche Informationen die Pflegeeinrichtungen, die nach Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, den Landesverbänden der Pflegekassen jährlich bis zum Ablauf des 30. September des Jahres mitteilen müssen. Dies sind auch die für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Absatz 3a und Absatz 3b sowie zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 erforderlichen Informationen aus den jeweils angewendeten Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Feststellung der Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert die erforderlichen Informationen in den Richtlinien nach § 72 Absatz 3c und § 82c Absatz 4.

Im Zuge der Vorbereitung der Umsetzung der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif wurde deutlich, dass einerseits die Landesverbände der Pflegekassen ohne Vorliegen der konkret angewendeten Tarifwerke oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen mitgeteilte, nicht plausible Informationen nur mit großem bürokratischen Aufwand plausibilisieren können. Zum anderen wurde deutlich, dass für die nicht tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen der Zugang zu den Regelungen und Entgelttabellen von regional anwendbaren Tarifwerken und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zum Teil nur eingeschränkt möglich ist. Aus diesem Grund werden die tarif- und kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen verpflichtet, mit der Mitteilung nach § 72 Absatz 3e zum 30. September 2022 neben den maßgeblichen, d. h. erforderlichen Informationen auch die jeweils zum 1. September des Jahres geltende, durchgeschriebene Fassung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln. Diese Fassungen werden nach § 82c Absatz 5 Satz 4 in der Fassung dieses Gesetzes den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe dagegensprechen. Abweichend davon wird durch den neuen Satz 3 bestimmt, dass an tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen Änderungen im Hinblick auf die Wirksamkeit bzw. Wirkung oder den Inhalt des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen unverzüglich an den jeweiligen Landesverband der Pflegekassen zu melden haben. Änderungen können dabei sowohl die Wirksamkeit bzw. Wirkung des Tarifvertrags als solchem betreffen (zum Beispiel bei Kündigung des Tarifvertrags oder Neuabschluss) oder auch den Inhalt (beispielsweise bei der Anpassung der im Tarifvertrag geregelten Löhne). Darüber hinaus ist den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich eine aktuelle durchgeschriebene Fassung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln.

Zu § 72 Absatz 3g

Der zuvor in Absatz 3b Satz 2 enthaltene Satz wurde aus systematischen Gründen (Geltung für alle Pflegeeinrichtungen, nicht nur die in Absatz 3b genannten) in einen eigenen Absatz verschoben.

Zu § 82c Absatz 2

Satz 1 wird mit Blick auf die Änderungen in § 72 Absatz 3b angepasst, um alle Fallvarianten zu erfassen. Im neuen Satz 2 wird ausdrücklich geregelt, welche Werte die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der nach Absatz 3e mitgeteilten Angaben ermitteln müssen. In den Sätzen 3 bis 5 wird konkretisiert, wie die Ermittlung der jeweiligen Werte erfolgt. Die für die Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Satz 2 Nummer 2 erforderliche fachliche Zuordnung zu den Qualifikationsgruppen erfolgt in den Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nach § 72 Absatz 3c.

Zu § 82c Absatz 3

Durch die Änderung wird klargestellt, dass sich der erste Satzteil der bisherigen Regelung auf Absatz 1 und die dort genannten Beschäftigten und der zweite Satzteil der bisherigen Regelung auf Absatz 2 und die dort genannten

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bezieht. Eine inhaltliche Änderung der Regelung ist damit nicht verbunden.

Insbesondere gilt weiterhin, dass ein Überschreiten des regional üblichen Entlohnungsniveaus um mehr als 10 % durch die Gesamtheit der Entlohnungsbestandteile nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5 im Durchschnitt der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einer Pflegeeinrichtung, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, sowohl der Höhe nach als auch bezüglich weiterer Bestandteile des Gehalts, die über die genannten Entlohnungsbestandteile hinausgehen, nach dieser Regelung eines sachlichen Grundes bedarf.

Für Pflegeeinrichtungen, die nicht an einen Tarifvertrag oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, gilt zudem weiterhin, dass sich die Wirtschaftlichkeit der Bezahlung von Gehältern für Beschäftigte, die überwiegend keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach den allgemeinen Grundsätzen der §§ 84, 89 SGB XI richtet. Werden auch diese Beschäftigten nach dem Tarifvertrag oder den kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlt, der oder die nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, 2 oder 3 für die Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, maßgebend ist, kann dies in der Regel ebenfalls nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Mit diesen Klarstellungen sollen Friktionen vermieden werden, wenn Pflegeeinrichtungen alle ihre Beschäftigten unter Bezugnahme auf den gleichen Tarifvertrag entlohnen, weil dies in der Regel ebenfalls als wirtschaftlich zu bewerten ist.

Zu § 82c Absatz 4

Es handelt sich bei der Änderung in Satz 3 um redaktionelle Änderungen (Verweiskorrektur), in Satz 4 handelt es sich ebenfalls um eine Verweiskorrektur aufgrund der Änderung des § 72 Absatz 3c.

Zu § 82c Absatz 5

In Absatz 5 wird als Folgeänderung zur Neufassung von Absatz 2 ausdrücklich geregelt, dass zu den erforderlichen Informationen, die veröffentlicht werden müssen, die regional üblichen Entlohnungsniveaus in den drei Qualifikationsgruppen sowie die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge gehören. Darüber hinaus wird geregelt, dass die zu veröffentlichende Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen auch Angaben zur Laufzeit oder dem Datum, zu dem frühestens eine Kündigung erfolgen kann, die Angabe, ob eine Kündigung oder anderweitige Beendigung erfolgt ist, wann diese wirksam wird sowie die Angabe, ob eine Änderung der Entlohnung erfolgt ist, enthalten muss. Diese Angaben sind monatlich zu aktualisieren, damit die Pflegeeinrichtungen ihre Verpflichtung, erforderliche Anpassungen binnen zwei Monaten nach Veröffentlichung dieser Angaben durchzuführen (§ 72 Absatz 3b Satz 6), durch regelmäßige Einsichtnahme in die Liste wahrnehmen können.

Zu § 82c Absatz 6

Mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung wird beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine Geschäftsstelle eingerichtet, die die Landesverbände der Pflegekassen bei der Aufgabenwahrnehmung im Zusammenhang mit der laufenden Umsetzung der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif bei der Erfüllung der im Einzelnen aufgeführten Aufgaben als kasseninterner Dienstleister unterstützt. Die Geschäftsstelle wird für die Landesverbände der Pflegekassen nur tätig, wenn diese die Geschäftsstelle mit der Durchführung einer oder mehrerer der oder aller genannten Aufgaben beauftragen. Die Landesverbände müssen – soweit sie die Geschäftsstelle nicht bereits mit der Entgegennahme der mitgeteilten Angaben und übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach Satz 2 Nummer 1 beauftragt haben – der Geschäftsstelle die für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung stellen, auch soweit diese über die Informationen und Unterlagen nach Satz 2 Nummer 1 hinausgehen. Darüber hinaus soll die Geschäftsstelle die Landesverbände der Pflegekassen in methodischen und sonstigen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Aufgaben beraten. Für die Geschäftsstelle ist entsprechend qualifiziertes Personal vorzusehen, das zum Beispiel zu tarifrechtlichen und methodischen Fragestellungen beraten und Aufgaben durchführen kann. Die Finanzierung der Geschäftsstelle erfolgt nach dem neuen § 8 Absatz 5a aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

Zu Nummer 3a

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Neugliederung von § 37 Absatz 3 in die Absätze 3 bis 3c.

Zu Nummer 3b

Zu den Buchstaben a und b

Das Kostenerstattungsverfahren nach § 150 Absatz 2 und 5a SGB XI wird angesichts der aktuellen Pandemielage inhaltlich neu ausgerichtet. Die Änderungen sehen ab 1. Juli 2022 keine Erstattungsfähigkeit von Coronavirus-SARS-CoV-2-bedingten, nicht anderweitig finanzierten außerordentlichen Aufwendungen und Mindereinnahmen im Rahmen der Leistungserbringung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen mehr vor. Die neuen Regelungen stellen sicher, dass die bisherigen Verfahren zur Regelung des Anspruchs der zugelassenen Pflegeeinrichtungen und von Angeboten zur Unterstützung im Alltag auf Erstattung von Beschaffungskosten für selbst beschaffte PoC-Antigen-Tests und Antigen-Tests zur Eigenanwendung und insoweit von Durchführungsaufwendungen fortgeführt werden können. Demgemäß können Erstattungsansprüche nach der Coronavirus-Testverordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung im Rahmen der dort für die berechtigten Einrichtungen und Unternehmen festgelegten Kontingente (Gesamtanzahl von PoC-Antigen-Tests oder Antigentests zur Eigenanwendung je behandelter, betreuter, gepflegter oder untergebrachter Person pro Monat) wie bisher bei einer Pflegekasse geltend gemacht werden. Durch die Regelung entsteht kein neuer unmittelbarer Anspruch auf Erstattung von Testkosten. Es wird hingegen die Voraussetzung geschaffen, eine Erstattung von Testkosten in Pflegeeinrichtungen aus der Pflegeversicherung dann zu ermöglichen, wenn dies auch nach dem 30. Juni 2022 erforderlich sein sollte und insofern die einschlägigen Regelungen der TestV entsprechend weiter verlängert werden.

Die in den Kostenerstattungsfestlegungen nach § 150 Absatz 3 SGB XI geregelten Inhalte insbesondere zum Verfahren und den erforderlichen Nachweisen sind weiterhin für Kostenerstattungsanträge auf der bis zum 30. Juni 2022 geltenden Rechtsgrundlage des § 150 Absatz 2 und 5a SGB XI anzuwenden. Dies gilt auch für die dort geregelten Fristen.

Zu Buchstabe c

Aufgrund der anhaltenden hohen Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland durch das Coronavirus SARS-CoV-2 werden die Absätze 1, 5, 5b und 5d bis einschließlich 31. Dezember 2022 verlängert: Diese Vorsorge dient auch dazu, im Fall des Auftretens neuer Varianten, die infektiöser und ggf. pathogener als die derzeit zirkulierende Omikron-Variante sein könnten, dem weiterhin bestehenden Risiko einer hohen Belastung der pflegerischen Versorgung insbesondere im kommenden Herbst und Winter entgegenzuwirken.

Mit der Verlängerung von Absatz 1 wird die Anzeigepflicht der zugelassenen Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegekassen von wesentlichen Beeinträchtigungen bei der pflegerischen Versorgung infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 bis zum Ende des Jahres 2022 verlängert und zugleich darauf bezogen die Möglichkeit zur einvernehmlichen Abweichung von gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben gegeben, damit Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen in Abhängigkeit von der Pandemielage flexible Lösungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung umsetzen können.

Absatz 5 ermöglicht den Pflegekassen, auch zukünftig auf individuelle Versorgungsengpässe flexibel reagieren zu können und damit die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 sicherzustellen. Mit der Verlängerung von Absatz 5b wird es pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 1 weiterhin ermöglicht, den Entlastungsbetrag flexibel einzusetzen. Auch dies dient der Sicherstellung der häuslichen Pflege. Gleiches gilt für die Verlängerung des pandemiebedingten Pflegeunterstützungsgeldes (bis zu insgesamt 20 Arbeitstage statt regulär zehn Arbeitstage).

Aufgrund der inhaltlichen Neuausrichtung des § 150 Absatz 2 bis 4 und 5a, dessen Anwendungsbereich von der Geltung der Coronavirus-Testverordnung abhängig ist, ist eine Befristung nicht erforderlich.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe c

Es wird ein Redaktionsversehen korrigiert. Der in § 7 Absatz 3 Satz 4 SGB IV genannte Personenkreis soll ebenso erfasst sein wie der in § 7 Absatz 3 Satz 3 SGB IV genannte.

Zu Buchstabe h

Satz 1 stellt klar, dass die Auszahlung des Pflegebonus von dem Arbeitgeber vorzunehmen ist, bei dem die Beschäftigten zum 30. Juni 2022 beschäftigt sind. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass bei den Beschäftigten ein

Arbeitgeberwechsel innerhalb des Bemessungszeitraums erfolgt ist. Entsprechend erhält die Pflegeeinrichtung oder der Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 einen Anspruch auf Vorauszahlung des insgesamt erforderlichen Betrags gegenüber der Pflegeversicherung. Bei Beschäftigten, die im Bemessungszeitraum den Arbeitgeber vor dem Stichtag 30. Juni 2022 wechseln, hat der neue Arbeitgeber das bisherige Tätigkeitsfeld, die Tätigkeitsdauer sowie die wöchentlich durchschnittlich im Bemessungszeitraum tatsächlich geleisteten Stunden bei der Bemessung der Ansprüche der Beschäftigten mit zu berücksichtigen. Dies kann zum Beispiel auf Grundlage einer schriftlichen Erklärung der Beschäftigten zu ihrer Vorbeschäftigung erfolgen.

Zu Buchstabe i

Um den Beschäftigten eine über den durch den Bund finanzierten Corona-Pflegebonus hinausgehende Sonderleistung zu ermöglichen, können die Länder und Pflegeeinrichtungen nach dieser Regelung die Corona-Pflegeboni erhöhen. Eine davon unabhängige Bonuszahlung durch die Länder und Pflegeeinrichtungen bleibt ebenso möglich. Die Steuerbefreiung für diese weiteren Leistungen soll sich nach dessen Inkrafttreten nach § 3 Nummer 11b des Einkommensteuergesetzes richten (vgl. Viertes Corona-Steuerhilfegesetz). Grundsätzlich regeln die Länder ihr Verfahren. Sofern ein Land eine Sonderleistung im Sinne von Satz 1 auszahlen möchte, kann es das Verfahren einschließlich der die Auszahlung durch die im jeweiligen Land zuständigen Pflegekassen durchführen lassen. In diesem Fall sind die zuständigen Pflegekassen verpflichtet, ein Verfahren für die Länder vorzusehen und durchzuführen und insbesondere den Länderanteil des Corona-Pflegebonus mit auszuzahlen. Zum Verfahren zählen beispielsweise die Prüfung von an die Pflegekassen übermittelten Informationen daraufhin, ob die erforderlichen Voraussetzungen für die Auszahlung des Länderanteils vorliegen, die Weiterleitung der Ländermittel an die Pflegeeinrichtungen und die weiteren in Absatz 1 Satz 2 genannten Arbeitgeber, die Zahlungsweise und Auszahlungsfristen sowie die Überprüfung der Einhaltung der Nachweispflichten und die Prüfung der Nachweise von Pflegeeinrichtungen bzw. der weiteren genannten Arbeitgeber. Die Pflegekassen sind jedoch nur dann zur Durchführung des Verfahrens und der Auszahlung des Länderanteils verpflichtet, wenn die Länder den Pflegekassen den entstandenen Verwaltungsaufwand erstatten.

Weiterhin gilt, dass eine Sonderleistung entweder unmittelbar durch die Länder oder mittelbar durch die Pflegeeinrichtungen ausgezahlt werden kann. Die Länder können im Fall einer mittelbaren Auszahlung durch die Pflegeeinrichtungen diesen den hierfür erforderlichen Betrag erstatten. Die Länder regeln dabei ihr Verfahren. Dabei können sich die Länder an dem in dieser Vorschrift vorgesehenen Verfahren orientieren.

Zu Artikel 2a – Änderung des Pflegezeitgesetzes

Das Recht nach § 9 Absatz 1 PflegeZG, der Arbeit zur Bewältigung einer pandemiebedingten akuten Pflegesituation bis zu 20 Arbeitstage fernzubleiben, wird bis zum 31. Dezember 2022 eingeräumt, um bei ungewisser Weiterentwicklung des Infektionsgeschehens und dadurch möglicherweise bedingter kurzfristiger Änderungen bestehender Pflegearrangements die häusliche Versorgung aufrechtzuerhalten.

Mit der Regelung des § 9 Absatz 2 PflegeZG wird auf die Bestimmung des § 150 Absatz 5d Satz 1 SGB XI verwiesen, wonach abweichend von § 44a Absatz 3 Satz 1 SGB XI das Pflegeunterstützungsgeld bei pandemiebedingten Versorgungsengpässen für bis zu zwanzig Arbeitstage in Anspruch genommen werden kann unabhängig davon, ob eine akute Pflegesituation im Sinne von § 2 Absatz 1 PflegeZG vorliegt.

Beschäftigte haben nach § 9 Absatz 4 PflegeZG weiterhin das Recht, aufgrund der aktuellen Pandemie mit Zustimmung des Arbeitgebers Familienpflegezeit nach einer Pflegezeit in Anspruch zu nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit muss spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2022 enden. Gleiches gilt nach § 9 Absatz 5 PflegeZG auch für die Inanspruchnahme einer Pflegezeit oder Freistellung nach § 3 Absatz 5 nach einer Familienpflegezeit, die Pflegezeit muss in diesem Fall spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2022 enden.

Die in § 9 Absatz 7 PflegeZG geregelte Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegezeit für die Pflege oder Betreuung desselben nahen Angehörigen bis zur Höchstdauer des § 4 Absatz 1 Satz 1 PflegeZG, auch wenn eine bereits in Anspruch genommene Pflegezeit beendet ist, wird verlängert. Damit haben Beschäftigte weiterhin die Möglichkeit, bislang nicht genutzte Monate in Anspruch zu nehmen, wenn sich Pflegearrangements aufgrund der Pandemie ändern. Die Pflegezeit muss spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2022 beendet sein. Zudem dürfen Pflegezeit und Familienpflegezeit die Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 PflegeZG nicht überschreiten.

Zu Artikel 2b – Änderung des Familienpflegezeitgesetzes**Zu Nummer 1**

Um bei ungewisser Weiterentwicklung des Infektionsgeschehens und dadurch möglicherweise bedingter kurzfristiger Änderungen bestehender Pflegearrangements die häusliche Versorgung aufrechtzuerhalten, werden auf Antrag im Zeitraum vom 1. März 2020 bis 31. Dezember 2022 auch weiterhin Kalendermonate bei der Berechnung des durchschnittlichen Arbeitsentgelts durch das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben außer Betracht gelassen, in denen das Einkommen, zum Beispiel infolge von Kurzarbeit, abgesenkt war. Der Zusammenhang des geringeren Arbeitsentgelts mit der COVID-19-Pandemie wird weiterhin vermutet.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Die Verkürzung der Ankündigungsfrist auf zehn Arbeitstage in Textform wird verlängert und gilt für Familienpflegezeiten, die spätestens am 1. Dezember 2022 beginnen.

Zu Buchstabe b

Verlängert wird die Regelung in Absatz 3, wonach die oder der Beschäftigte das Recht hat, mit Zustimmung des Arbeitgebers Familienpflegezeit nach einer beendeten Pflegezeit in Anspruch zu nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit kann längstens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2022 in Anspruch genommen werden. Gleiches gilt auch für die Inanspruchnahme der Pflegezeit oder Freistellung nach § 3 Absatz 1 oder Absatz 5 PflegeZG nach einer Familienpflegezeit gemäß Absatz 4. Auch hier muss die Pflegezeit spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2022 enden.

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Familienpflegezeit für die Pflege oder Betreuung desselben nahen Angehörigen, auch wenn eine bereits in Anspruch genommene Familienpflegezeit beendet ist, wird verlängert. Die Familienpflegezeit muss spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2022 beendet sein.

Zu Artikel 2c – Änderung des Krankenhauszukunftsgesetzes

Die Änderung des Datums des Inkrafttretens der Artikel 9 und 11 des Krankenhauszukunftsgesetzes führt dazu, dass die Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie bis 31. Dezember 2022 in Kraft bleiben.

Zu Artikel 2d – Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Der Zeitpunkt für die Meldung wird ab dem Jahr 2023 auf den 31. August des Jahres vorgezogen; der Stichtag für die Meldung wird dem entsprechend auf den 1. August gelegt. Parallel wird ab dem Jahr 2023 in § 82c Absatz 5 Satz 1 der Zeitpunkt, bis zu dem die Veröffentlichung der Landesverbände der Pflegekassen erfolgen muss, auf den 31. Oktober vorgezogen.

Zu Artikel 3 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Artikel 3 wird zur Einfügung einer Änderung des § 6a Absatz 3 neu gefasst.

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Daten zum Pflegebudget werden für die jährliche Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems benötigt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kann mit diesen Angaben die übermittelten Daten der Kalkulationskrankenhäuser und die im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Absatz 1 von allen Krankenhäusern übermittelten Daten zum Pflegepersonal plausibilisieren. Derzeit haben die Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 und dem InEK eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers bis zum 30. Sep-

tember für das vorangegangene Vereinbarungsjahr vorzulegen. Sofern für das Krankenhaus bis zum 30. September noch kein Pflegebudget für das vorangegangene Vereinbarungsjahr vereinbart wurde, sieht die Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 derzeit vor, dass die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers erst nach dem Abschluss der Vereinbarung vorzulegen ist. In diesen Fällen kommt es zu einem deutlichen zeitlichen Verzug bei der Übermittlung der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer, so dass diese Bestätigungen für die jährliche Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems nicht genutzt werden können. Auch die derzeit dem InEK bis zum 30. September vorzulegenden Bestätigungen bei bereits vereinbartem Pflegebudget können für die jährliche Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems nicht genutzt werden, da die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems durch das InEK schwerpunktmäßig im zweiten und dritten Quartal eines Jahres für das Folgejahr erfolgt. Es wird daher vorgesehen, dass der Krankenhausträger die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers für das vorangegangene Kalenderjahr den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 und dem InEK künftig bis zum 1. Juni eines Jahres, soweit für das Jahr 2020 oder für das Jahr 2021 noch nicht vorliegend bis zum 31. Juli 2022, unabhängig vom Vorhandensein eines vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 festgesetzten Pflegebudgets vorzulegen hat. Die frühere Frist stellt sicher, dass das InEK unter Berücksichtigung der erforderlichen Datenaufbereitung und -plausibilisierung die Bestätigungen für die jährliche Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems für das folgende Jahr nutzen kann. Liegt bis zum 31. März eine abgeschlossene Vereinbarung über das Pflegebudget oder ein von der Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 festgesetztes Pflegebudget für das vorangegangene Kalenderjahr vor, hat der Krankenhausträger auch die Bestätigung über die Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel für das Pflegebudget vorzulegen (Nummer 5). Der Stichtag 31. März stellt sicher, dass dem Krankenhausträger ausreichend Zeit bleibt, eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers einzuholen.

Zu Buchstabe b

Mit einer Änderung des Satzes 6 wird geregelt, dass das InEK im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband nicht nur Maßnahmen im Fall einer nicht fristgerechten Vorlage der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers festlegt, sondern auch im Fall einer nicht erfolgten oder einer nicht vollständigen Vorlage.

Um sicherzustellen, dass auch die nachträgliche Vorlage einer Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung nach Satz 8 in allen Fällen erfolgt, wird die Möglichkeit, Maßnahmen im Fall einer nicht erfolgten, nicht vollständigen oder nicht fristgerechten Vorlage im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festzulegen, auf die Fälle des Satzes 7 ausgeweitet.

Zu Buchstabe c

Für die Fälle, in denen bis zum 31. März noch kein Pflegebudget für das vorangegangene Kalenderjahr vereinbart oder noch nicht von der Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 festgesetzt wurde, hat der Krankenhausträger nach Satz 8 den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 und dem InEK künftig innerhalb von acht Wochen nach Abschluss der Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle eine gesonderte Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 vorzulegen. Die Achtwochenfrist nach Abschluss der Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle gilt auch für die Pflegebudgets für die Jahre 2020 oder 2021, die nach Inkrafttreten der Regelung vereinbart oder festgesetzt werden. Für Pflegebudgets für die Jahre 2020 oder 2021, die zwischen dem 31. März 2022 und dem Inkrafttreten der Regelung vereinbart oder festgesetzt wurden, hat der Krankenhausträger innerhalb von acht Wochen nach Inkrafttreten der Regelung eine gesonderte Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 für das Vereinbarungsjahr vorzulegen. Die vorgesehene Regelung stellt nicht den Grundsatz der Prospektivität des § 11 Absatz 1 Satz 2 in Frage. Vielmehr soll sichergestellt werden, dass aus der Verletzung des Grundsatzes der Prospektivität keine negativen Folgen für die jährliche Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems entstehen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um die bereits im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen des § 15a Absatz 2a Satz 1 mit rechtsförmlichen Änderungen.

Zu Artikel 3a – Änderung des Infektionsschutzgesetzes**Zu Nummer 1**

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Änderung der Inhaltsübersicht ist eine Folge der Einfügung des § 20c.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass es sich jeweils um zusätzlich Meldeverpflichtete handelt. Dazu gehören insbesondere auch für Schutzimpfungen verantwortliche Personen, wenn es um eine Meldung des Verdachts einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 geht. Wenn Apotheker Schutzimpfungen für eine öffentliche Apotheke durchführen, liegt die Verantwortung für die Meldung ausschließlich bei der apothekenleitenden Person der Apotheke.

Zu Nummer 3**Zu Absatz 1**

Mit den Änderungen soll zur Erhöhung der Impfquoten bei Gripeschutzimpfungen in Deutschland ein weiterer, niedrigschwelliger Zugang für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, dauerhaft ermöglicht werden.

Der neue § 20c berechtigt zusätzlich zu Ärztinnen und Ärzten auch Apothekerinnen und Apotheker außerhalb von Modellvorhaben nach § 132j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen, soweit sie erfolgreich ärztlich geschult sind und sie für eine öffentliche Apotheke Gripeschutzimpfungen durchführen.

Die Durchführung von Schutzimpfungen umfasst neben dem Setzen der Spritze auch die Anamnese, Aufklärung, Impfberatung, die Einholung der Einwilligung der zu impfenden Person sowie die Beobachtung im Anschluss an die Impfung und auch das Beherrschen und unter Umständen Anwenden von Notfallmaßnahmen im Falle von akuten Impfreaktionen. Um sicherzustellen, dass Apothekerinnen und Apotheker die Gripeschutzimpfungen auch für die zu impfende Person sicher durchführen können, wird geregelt, dass sie zuvor erfolgreich an einer ärztlichen Schulung teilnehmen müssen.

Öffentliche Apotheken bieten den geschulten Apothekerinnen und Apothekern eine geeignete Struktur für die Durchführung von Gripeschutzimpfungen. Die Apothekerinnen und Apotheker müssen zum Personal der Apotheke, für die sie Gripeschutzimpfungen durchführen, gehören.

Zudem ist die Durchführung der Schutzimpfung nur gestattet, sofern das Berufsrecht dem nicht entgegensteht. Maßgeblich sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Regelungen in den jeweiligen Berufsordnungen der Apothekerkammern.

Apothekerinnen und Apotheker, die bereits im Rahmen von Modellvorhaben nach § 132j SGB V in der Durchführung von Gripeschutzimpfungen oder nach § 20b Absatz 1 Nummer 1 zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erfolgreich ärztlich geschult wurden, verfügen über die erforderlichen Kompetenzen für die Durchführungen von Gripeschutzimpfungen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Sie benötigen daher keine ärztliche Schulung nach Satz 1 Nummer 1, um für die Durchführung von Gripeschutzimpfungen berechtigt zu sein.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, welche Inhalte die ärztliche Schulung nach Absatz 1 zu vermitteln hat. Die Schulung soll dabei alle Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen vermitteln, die für eine sichere Durchführung der Gripeschutzimpfung erforderlich sind. Die Aufzählung der Inhalte ist dabei nicht abschließend.

Zu Absatz 3

Durch die Erstellung eines Mustercurriculums durch die Bundesapothekerkammer in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer soll sichergestellt werden, dass die Schulungen bundesweit möglichst einheitlich durchgeführt werden und zügig beginnen können. Dabei sind die Erfahrungen aus der Entwicklung der ärztlichen Schulungen für Gripeschutzimpfungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 132j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde zu legen.

Zu Artikel 3b – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des § 20c in das Infektionsschutzgesetz.

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird verpflichtet, mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung einen Vertrag über die Durchführung von Gripeschutzimpfungen durch Apotheken, insbesondere über die Vergütung der Impfleistung einschließlich der Vergütung der Impfdokumentation und die Abrechnung der Vergütung, zu schließen. Dazu kann auch die Anwendung von Teilmengen aus Großpackungen gehören. Der Kreis der anspruchsberechtigten Personen und der Leistungsgegenstand der saisonalen Grippeimpfstoffe richtet sich für gesetzlich Versicherte nach den Festlegungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V.

Die Vergütung für die Beschaffung der Grippeimpfstoffe, die zur Anwendung durch die Apotheken vorgesehen sind, ist entsprechend zur Vergütung der Beschaffung von Grippeimpfstoffen nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 der Arzneimittelpreisverordnung mit einem Euro je Einzeldosen zuzüglich Umsatzsteuer im Vertrag zu vereinbaren. Die Begrenzung der Vergütung pro Verordnungszeile findet mangels ärztlicher Verordnung für den Sprechstundenbedarf keine Anwendung.

Den Vertragspartnern nach Satz 1 wird eine angemessene Frist zum Abschluss des Vertrages vorgegeben. Um sicherzustellen, dass der Vertrag zu Stande kommt, wird eine Schiedsstellenlösung vorgesehen. Durch die Weitergeltung des Vertrages bzw. des Schiedsspruchs bis zum Wirksamwerden eines neuen bzw. ersten Vertrages wird sichergestellt, dass keine vertragslosen Lücken entstehen.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderungen in § 132e Absatz 2 werden Apotheken in die Bedarfsplanung für saisonale Grippeimpfstoffe einbezogen. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker meldet den Bedarf an saisonalen Grippeimpfstoffen, die zur Anwendung durch die Apotheken vorgesehen sind, auf Grundlage der durch die Apotheken geplanten Bestellungen bis zum 15. Januar eines Kalenderjahres an das Paul-Ehrlich-Institut.

Zu Buchstabe c

Damit die Apotheken eine frühzeitige und informierte Entscheidung für eine in der Menge ausreichende Bestellung von saisonalen Grippeimpfstoffen wirtschaftlich angemessen vornehmen können, übermitteln die Inhaber von Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen die voraussichtlichen Preise von saisonalen Grippeimpfstoffen auch an die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker.

Zu Nummer 2

Um die Durchführung von Gripeschutzimpfungen durch Apotheken von regionalen Modellvorhaben in die Regelversorgung zu überführen, wird eine angemessene Frist vorgegeben, innerhalb derer die regionalen Modellvorhaben beendet werden sollen.

Zu Artikel 3c – Änderung des Apothekengesetzes**Zu Nummer 1**

Eine Erweiterung des Bevorzugungsverbots auf Arzneimittel, die wie Grippeimpfstoffe durch die Apotheke angewendet werden, ist geboten, um auch in diesen Fällen eine Bevorzugung beispielsweise einzelner Hersteller auszuschließen.

Zu Nummer 2

Durch die Änderungen wird die Übergangspflege im Krankenhaus, für die auch ein Entlassmanagement vorgesehen ist, berücksichtigt, so dass auch in diesem Fall Krankenhausapotheken und krankenhausversorgende Apotheken die von ihnen versorgten Krankenhäuser beliefern dürfen.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des § 20c in das Infektionsschutzgesetz. Zum Schutz der zu impfenden Personen ist das Nähere zu den Voraussetzungen und Anforderungen der Apotheken an die Vorbereitung und Durchführung von Gripeschutzimpfungen zu regeln. Dafür wird die Verordnungsermächtigung entsprechend erweitert.

Zu Artikel 3d – Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des § 20c in das Infektionsschutzgesetz.

Damit auch bei einer Gripeschutzimpfung durch öffentliche Apotheken der Gesundheitsschutz der impfwilligen Personen gewährleistet bleibt, müssen Anforderungen an die Vorbereitung und Durchführung der Gripeschutzimpfungen gestellt werden.

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Änderung der Inhaltsübersicht ist eine Folge der Einfügung des § 35a.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung wird geregelt, dass die Vorbereitung und Durchführung von Gripeschutzimpfungen zu den apothekenüblichen Dienstleistungen zählen. Damit gilt auch § 2 Absatz 4, so dass die apothekenleitende Person sicherzustellen hat, dass Gripeschutzimpfungen nur in einem Umfang angeboten werden dürfen, der den ordnungsgemäßen Betrieb der Apotheke und den Vorrang des Arzneimittelversorgungsauftrages nicht beeinträchtigt.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Es liegt in der Verantwortung der apothekenleitenden Person zum Schutz der zu impfenden Personen sicherzustellen, dass Gripeschutzimpfungen nach § 35a durch ihre Apotheke nur durchgeführt werden, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Neben dem Bestehen einer entsprechenden Betriebshaftpflichtversicherung dürfen nur nach § 20c Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes berechnigte Apothekerinnen und Apotheker die Aufklärung, die Anamnese, das Einholen der Einwilligung der zu impfenden Person und die Gripeschutzimpfungen für die Apotheke durchführen. Zudem muss, sofern kein aufsuchendes Impfen durchgeführt wird, eine geeignete Räumlichkeit mit der Ausstattung zur Verfügung stehen, die für die Durchführung von Gripeschutzimpfungen erforderlich ist.

Damit die zuständige Behörde über die Durchführung von Gripeschutzimpfungen durch Apotheken rechtzeitig informiert wird, hat die apothekenleitende Person die Durchführung von Gripeschutzimpfungen spätestens eine Woche vor deren Aufnahme sowie die dafür vorgesehenen Räumlichkeiten der zuständigen Behörde anzuzeigen. Zudem sind Änderungen bezüglich der Einstellung oder Wiederaufnahme der Durchführung von Gripeschutzimpfungen sowie Änderungen bei den dafür vorgesehenen Räumlichkeiten spätestens eine Woche vor deren Umsetzung der zuständigen Behörde anzuzeigen.

Zu Buchstabe b

Da nur Apothekerinnen und Apotheker Gripeschutzimpfungen unter bestimmten Voraussetzungen durchführen dürfen und die apothekenleitende Person hierzu eine besondere Verantwortung für die Sicherheit der zu impfenden Personen trägt, werden die Möglichkeiten der Vertretung der apothekenleitenden Person entsprechend der Regelungen zu den beiden Sondervorschriften §§ 34 und 35 eingeschränkt.

Zu Nummer 4

Die Vorschrift regelt Anforderungen zur Vorbereitung und Durchführung von Gripeschutzimpfungen durch öffentliche Apotheken. Dies dient dem Schutz der zu impfenden Person und des Personals der Apotheke. Es kommen nur öffentliche Apotheken in Betracht, da diese der Bevölkerung flächendeckend einen weiteren, niedrigschwelligen Zugang zu Gripeschutzimpfungen anbieten können.

Zu Absatz 1

Für eine sichere und ordnungsgemäße Vorbereitung und Durchführung der Gripeschutzimpfungen durch die Apotheke muss die apothekenleitende Person Festlegungen im Qualitätsmanagementsystem treffen. Die Aufzählung ist nicht abschließend und kann insofern an die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Einsatz des Personals der Apotheke bei der Vorbereitung und Durchführung von Gripeschutzimpfungen. Während zum Schutz der zu impfenden Personen nur nach § 20c Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes berechnete Apothekerinnen und Apotheker für die Apotheke die Aufklärung, die Anamnese, das Einholen der Einwilligung der zu impfenden Person und die Gripeschutzimpfungen durchführen dürfen, darf das pharmazeutische Personal der Apotheke bei der Vorbereitung und der Dokumentation der Impfungen unterstützen. Dazu kann das Herauslegen der Aufklärungs- und Einwilligungserklärung und des Impfstoffs sowie dessen Vorbereitung für die Anwendung gehören. Für die Eintragung der Gripeschutzimpfung in den Impfausweis oder eine Impfbescheinigung gelten die Vorgaben des § 22 Absatz 1 bis 4 des Infektionsschutzgesetzes.

Damit das pharmazeutische Personal diese Tätigkeiten sachkundig ausführen kann, muss es entsprechend qualifiziert und regelmäßig geschult werden. Damit der ordnungsgemäße Betrieb der Apotheke und der Vorrang des Arzneimittelversorgungsauftrages nicht beeinträchtigt werden, muss entsprechend des Umfangs der Impfungen ausreichend Personal vorhanden sein.

Zu Absatz 3

Zu den Voraussetzungen für eine sichere und ordnungsgemäße Gripeschutzimpfung durch öffentliche Apotheken zählt grundsätzlich auch, dass eine geeignete und entsprechend ausgestattete Räumlichkeit vorhanden ist. Die Aufklärung, Anamnese und Einholung der Einwilligung der zu impfenden Person sowie die Durchführung der Gripeschutzimpfung müssen in einem Raum durchgeführt werden, der die Privatsphäre der zu impfenden Person beispielsweise durch einen Sichtschutz und unter Verhinderung des Mithörens anderer Kundinnen und Kunden schützt. Die Räumlichkeit muss auch die Möglichkeit zur Durchführung von Maßnahmen bei Sofortreaktionen einschließlich einer entsprechenden Ausstattung bieten. Dazu kann insbesondere auch eine Liege gehören.

Räumlichkeiten, die für einen anderen Zweck vorgesehen sind, wie beispielsweise der Rezepturbereich, können nicht für die Durchführung von Schutzimpfungen genutzt werden. Damit soll insbesondere verhindert werden, dass unbefugte Personen Zugriff beispielsweise auf gelagerte Arzneimittel, Ausgangsstoffe und Chemikalien erhalten oder Bereiche, in denen Arzneimittel hergestellt werden, verunreinigt werden könnten. Die Beratungsräumlichkeit kann für die Aufklärung, Anamnese und Einholung der Einwilligung der zu impfenden Person genutzt werden, sofern dies nicht längerfristig die Möglichkeit der Beratung von anderen Patientinnen und Patienten einschränkt.

Eine geeignete Räumlichkeit zur Vorbereitung und Durchführung von Gripeschutzimpfungen muss nicht die Anforderungen nach § 4 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 der Apothekenbetriebsordnung (Raumeinheit) erfüllen. Damit die apothekenleitende Person ihren Verantwortungen gerecht werden kann, sollte die Räumlichkeit in einer angemessenen Nähe zu den übrigen Betriebsräumen liegen.

Abweichend davon können Apotheken auch im Rahmen des aufsuchenden Impfens Gripeschutzimpfungen durchführen.

Zu Absatz 4

Vor der Gripeschutzimpfung hat die impfende Person die zu impfende Person über die zu verhütende Krankheit und die Impfung aufzuklären, die Anamnese durchzuführen und die Einwilligung der zu impfenden Person einzuholen. Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Aufklärung der zu impfenden Personen wird geregelt, welche Inhalte die Aufklärung insbesondere zu umfassen hat.

Zu Absatz 5

Es werden Vorgaben zur Dokumentation der durchgeführten Gripeschutzimpfungen und zu der Aufbewahrungsfrist der Dokumentation geregelt. Dies dient der Nachverfolgbarkeit u. a. bei möglichen Impfschäden oder qualitativen Problemen mit den verimpften Grippeimpfstoffen. Auch in den Fällen, in denen eine Aufklärung und Anamnese stattgefunden hat, ohne dass die Gripeschutzimpfung durchgeführt wurde (insbesondere bei Feststellung einer Kontraindikation oder fehlender Einwilligung der zu impfenden Person), ist eine Dokumentation über die durchgeführte Aufklärung und Anamnese sowie über die Einwilligungsentscheidung der zu impfenden Person zu erstellen und aufzubewahren.

Zu Absatz 6

Zum Schutz der zu impfenden Personen und des Personals der Apotheke sind geeignete Hygienemaßnahmen festzulegen, beispielsweise in Anlehnung an die Leitlinie der Bundesapothekerkammer.

Zu Nummer 5

Zum Schutz der zu impfenden Personen ist es angezeigt, die Durchführung einer Gripeschutzimpfung ohne die Erfüllung der Voraussetzungen in § 2 Absatz 3a, insbesondere die Durchführung einer Gripeschutzimpfung durch nicht berechtigte Personen, mit einer Ordnungswidrigkeit zu belegen.

Zu Nummer 6

Einige Apotheken haben zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung in § 2 Absatz 3a Satz 2 bereits im Rahmen von Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken Gripeschutzimpfungen durchgeführt. Für diese Apotheken wird eine Frist vorgegeben, innerhalb derer sie diese Tätigkeit sowie die Räumlichkeit nachträglich an die zuständige Behörde zu melden haben.

Zu Artikel 3e – Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes

Mit der Änderung wird der Verweis auf die Verordnung (EG) Nr. 273/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe (ABl. L 47 vom 18. Februar 2004, S. 1) und die Verordnung (EG) Nr. 111/2005 des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenaustauschstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern (ABl. L 22 vom 26. Januar 2005, S. 1) an das durch die Delegierte Verordnung (EU) 2020/1737 der Kommission vom 14. Juli 2020 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 273/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates und der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 des Rates betreffend die Aufnahme bestimmter Drogenausgangsstoffe in die Liste der erfassten Stoffe (Abl. L 392 vom 23. November 2020, S. 1) geänderte europäische Recht angepasst. Damit sind für die Strafvorschriften des § 19 die jeweils am 13. Januar 2021 geltenden Fassungen der Verordnungen maßgeblich. Zum 13. Dezember 2020 wurden PMK-Methylglycidat und PMK-Glycidsäure, APAA, MAPA, BMK-Methylglycidat und BMK-Glycidsäure jeweils als Stoff in die Kategorie 1 der Listen der erfassten Stoffe der Verordnungen aufgenommen. PMK-Methylglycidat und PMK-Glycidsäure wird zur unerlaubten Herstellung von 3,4-Methylendioxyamphetamin (MDMA), das gemeinhin als „Ecstasy“ bekannt ist, missbraucht. APAA, MAPA, BMK-Methylglycidat und BMK-Glycidsäure werden zur unerlaubten Herstellung von Amfetaminen missbraucht. Zum 13. Januar 2021 wurde roter Phosphor in die Kategorie 2 der Listen der erfassten Stoffe der Verordnungen aufgenommen. Durch die Anpassung des Verweises werden die Strafvorschriften des § 19 auf den unerlaubten Umgang mit diesen Stoffen erstreckt. Mit der Änderung der Strafvorschriften im GÜG kann die missbräuchliche Abzweigung und Verwendung dieser Stoffe effektiver verhindert beziehungsweise verfolgt werden.

Zu Artikel 3f – Änderung des Medizinprodukte-Durchführungsgesetzes**Zu Nummer 1**

Die Inhaltsübersicht wird um die neuen §§ 96a und 97a MPDG ergänzt.

Zu Nummer 2

Die Produzenten von Systemen und Behandlungseinheiten wie auch die Händler oder Importeure die gemäß Artikel 16 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2017/745 oder Artikel 16 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2017/746 eine entsprechende Vereinbarung mit dem Hersteller geschlossen haben, bringen sichere und effiziente Produkte unter ihrem Namen, Handelsnamen oder ihrer Handelsmarke in der Europäischen Union in den Verkehr. Auch für den Export solcher Produkte aus der Europäischen Union werden von den Empfängerländern Freiverkaufszertifikate verlangt. Die Änderung des § 10 Satz 1 MPDG stellt klar, dass die zuständigen Behörden auch für solche Produkte die entsprechenden Freiverkaufszertifikate ausstellen dürfen.

Zu Nummer 3

§ 22 MPDG wird, entsprechend der Regelungen der §§ 17c Absatz 2, 19 Absatz 2 und 21 Absatz 2 MPDG, um die notwendige Anordnungsbefugnis für die für Benannte Stellen zuständige Behörde im Rahmen der Überwachung nach Artikel 44 der Verordnung (EU) 2017/745 und Artikel 40 der Verordnung (EU) 2017/746 ergänzt.

Zu Nummer 4

Mit der Durchführung der beiden genannten Studienarten gehen keine zusätzlichen, über die mit dem Produkt und dessen Anwendung oder der medizinischen Behandlung verbundenen, hinausgehenden Risiken einher. Insofern wird insbesondere eine die allgemein üblichen Behandlungsrisiken abdeckende Versicherung des Prüfers, z.B. Haftpflichtversicherung, grundsätzlich als eine ausreichende anderweitige Versicherung erachtet, um den Schutz der Prüfungsteilnehmenden zu gewährleisten.

Zu Nummer 5

Der Wortlaut des § 47 Absatz 3 MPDG wird redaktionell an den neuen § 26 Absatz 5 MPDG angepasst.

Zu Nummer 6

Die Einschränkung stellt klar, dass die zuständige Bundesoberbehörde die Bewertung von Produkten nach Artikel 94 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/745 und Artikel 89 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2017/746 nur in den Ausnahmefällen des § 74 Absatz 3 und 4 MPDG vorzunehmen hat. In allen übrigen Fällen obliegt diese Aufgabe den zuständigen Behörden der Länder.

Zu den Nummern 7 und 8

Die gesetzlichen Anpassungen sind notwendig, da die Europäische Datenbank Eudamed entgegen der ursprünglichen Ankündigung der Europäischen Kommission zum Geltungsbeginn der Verordnung (EU) 2017/746 am 26. Mai 2022 nicht voll funktionsfähig sein wird. Mit der Einführung der neuen §§ 96a und 97a wird der Umgang mit den Pflichten der Wirtschaftsakteure, Benannten Stellen und Sponsoren im Zusammenhang mit Eudamed in der Übergangszeit bis zur vollen Funktionsfähigkeit der Europäischen Datenbank geregelt und eine Bekanntmachungserlaubnis des BMG zur rechtzeitigen Information der betroffenen Kreise über das weitere Vorgehen geschaffen (analog der Regelungen der §§ 96, 97 MPDG für Medizinprodukte nach der Verordnung (EU) 2017/745).

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Absatz 2 wird an die durch die Verordnung (EU) 2022/112 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Januar 2022 zur Änderung der Verordnung (EU) 2017/746 hinsichtlich der Übergangsbestimmungen für bestimmte In-vitro-Diagnostika und des späteren Geltungsbeginns der Bedingungen für hausinterne Produkte (Abl. L 19 vom 28.1.2022, S. 3) geänderten Übergangsbestimmungen des Artikels 110 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2017/746 angepasst.

Mit dem Geltungsbeginn der Verordnung (EU) 2017/746 entfallen gleichzeitig die Überwachungsmöglichkeiten von nach § 15 Absatz 5 des Medizinproduktegesetzes erteilten Anerkennungen von Prüflaboratorien, obwohl diese nach Artikel 110 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2017/746 bis zum Ablauf der entsprechenden Übergangsbestimmungen weiterhin von nach der Richtlinie 98/79/EG Benannten Stellen mit der Durchführung der Überprüfung der hergestellten Produkte nach Anhang IV Abschnitt 6 der Richtlinie 98/79/EG (Chargenfreigabeprüfung) beauftragt werden. Um das bisherige System bis zum Ablauf der mit der Verordnung (EU) 2022/112

geänderten Übergangsfristen beibehalten zu können, ist es erforderlich, dass auch weiterhin die Überwachung durch die nach § 15 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung zuständigen Behörde gegeben ist. In Absatz 2 ist daher eine entsprechende Regelung für die für Benannte Stellen zuständige Behörde nach Artikel 31 der Verordnung (EU) 2017/746 aufzunehmen.

Zu Buchstabe b

Um zu vermeiden, dass die Durchführung von Leistungsstudien im Jahr 2022 aufgrund des Geltungsbeginns der neuen Regelungen für Leistungsstudien nach der Verordnung (EU) 2017/746 und des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes für mehrere Monate verzögert wird, ist es notwendig, den Ethik-Kommissionen vorzeitig die Bearbeitung von Anträgen nach dem neuen Recht zu erlauben (vgl. § 99 Abs. 5a MPDG für Medizinprodukte). Nur so kann gewährleistet werden, dass der aufgrund der Verordnung (EU) 2017/746 notwendige sequentielle Verfahrensablauf (Votum der Ethik-Kommission ist unabdingbarer Bestandteil des Genehmigungsantrages bei der zuständigen Bundesoberbehörde) keine unakzeptablen zeitlichen Verzögerungen bei der Durchführung von Leistungsstudien verursacht.

Zur Vermeidung von Unklarheiten über den regulatorischen Status der erforderlichen Stellungnahme der Ethik-Kommission darf diese Stellungnahme frühestens mit dem Geltungsbeginn der Verordnung (EU) 2017/746 und dem gleichzeitigen Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes für In-vitro-Diagnostika am 26. Mai 2022 ausgestellt und an den Sponsor übermittelt werden. Abweichungen von den in § 36 genannten Fristen sind in diesen Fällen unbeachtlich.

Zu Artikel 4 – Inkrafttreten

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 6 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2 (Artikel 1a)

Absatz 2 regelt ein von Absatz 1 abweichendes Inkrafttreten für Artikel 1a. Die durch § 130 SGB IV geregelte sozialversicherungsrechtliche Ausnahme in Impfbereichen einschließlich angegliederter Impfteams ist zeitlich beschränkt auf den Zeitraum vom 15. Dezember 2020 bis zum 31. Mai 2022. Um einen nahtlosen Anschluss der Verlängerung zu gewährleisten, ist ein rückwirkendes Inkrafttreten des Artikels 1a notwendig.

Zu Absatz 3 (Artikel 2)

Absatz 3 regelt ein von Absatz 1 abweichendes Inkrafttreten für Artikel 2 Nummer 1b, 3a und 3b. Die Nummern 1b, 3a und 3b treten am 1. Juli 2022 in Kraft, um einen nahtlosen Anschluss an die mit der Dritten Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie vom 16. März 2022 (BGBl. I S. 475) bis zum 30. Juni 2022 verlängerten Regelungen sicherzustellen.

Zu Absatz 4 (Artikel 2d)

Die Änderungen der Zeitpunkte für die Mitteilung der tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen nach § 72 Absatz 3e sowie die Änderungen für die Termine der Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 Satz 1 erfolgt erst ab dem Jahr 2023, da ein Vorziehen dieser Termine bereits im Jahr 2022 für die Planung der Pflegeeinrichtungen und Landesverbände der Pflegekassen zu kurzfristig wäre.

Zu den Absätzen 5 und 6 (Artikel 3f)

Der neue Absatz 5 regelt das zu Absatz 1 abweichende Inkrafttreten des neuen § 100 Absatz 3a MPDG. Um den Ethik-Kommissionen eine rechtliche Grundlage für die Bewertung der nach § 100 Absatz 3a MPDG ab dem 1. April 2022 vorzeitig einreichbaren Anträge zu geben, tritt diese Regelung rückwirkend zum 1. April 2022 in Kraft.

Der neue Absatz 6 regelt das zu Absatz 1 abweichende Inkrafttreten der neuen §§ 96a und 97a MPDG sowie der Änderungen des § 100 Absatz 2 MPDG, welche rückwirkend zum Geltungsbeginn der Verordnung (EU) 2017/746 am 26. Mai 2022 in Kraft treten.

Berlin, den 18. Mai 2022

Dr. Christos Pantazis
Berichtersteller

Erich Irlstorfer
Berichtersteller

Kordula Schulz-Asche
Berichterstellerin

Nicole Westig
Berichterstellerin

Martin Sichert
Berichtersteller

Ates Gürpınar
Berichtersteller