

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 20/3876, 20/4232 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus
sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in
der Digitalisierung
(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider,
Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 20/2586 –

**Versorgungssicherheit von Intensivpatienten verbessern, Intensivpflege
in Deutschland stärken und zukunftssicher machen**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, Gökay
Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 20/1731 –

Koalitionsvertrag umsetzen – Pflegepersonalregelung 2.0 einführen

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Personalsituation in der Pflege im Krankenhaus ist laut Gesetzesinitianten nach wie vor angespannt. Außerdem gebe es auf der Ortsebene seit vielen Jahren einen Verhandlungsstau bei den jährlichen Budgetverhandlungen, wodurch für die Krankenhäuser Liquiditätsengpässe und für die Kostenträger ungleichmäßige Zahlungsströme entstünden. Neben einigen weiteren verbesserungsbedürftigen Bereichen im Krankenhauswesen, müsse auch die digitale medizinische Versorgung weiterentwickelt werden.

Zu Buchstabe b

Die Personalsituation in der Intensivpflege, die schon vor der COVID-19-Pandemie angespannt war, hat sich laut Antragsteller erheblich zugespitzt. Vor diesem Hintergrund gelte es, die Arbeitsbedingungen für Intensivpflegekräfte und Intensivpatienten zu verbessern und die Attraktivität des Arbeitsfeldes zu erhöhen, um einen Exodus vieler Intensivstationen zu verhindern und die Versorgungssicherheit lebensbedrohlich erkrankter Patienten aufrechtzuerhalten.

Zu Buchstabe c

Seit Jahren ist nach Darstellung der Antragsteller zu beobachten, dass eine nennenswerte Anzahl von Pflegebeschäftigten zum Schutz der eigenen Gesundheit vor alltäglicher Überlastung ihre Arbeitszeit reduziert, ganz aus dem Beruf ausscheidet, die Ausbildung nicht beendet oder nach beendeter Ausbildung ihre Lebenspläne ändert. Die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) setze direkt an diesen Problemen an. Im Koalitionsvertrag sei vereinbart worden, die PPR 2.0 zeitnah als Übergangsinstrument einzuführen, bis das nach § 137k SGB V gesetzlich beauftragte Instrument zur Personalbemessung im Krankenhaus vorliege.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Krankenhäuser sollen laut Gesetzesinitianten dazu verpflichtet werden, mit einer ausreichenden Zahl von Pflegekräften zu arbeiten. Ziel des Gesetzes sei es, die Situation der Pflege in den Krankenhäusern mittelfristig zu verbessern, indem Idealbesetzungen für die Stationen errechnet und durchgesetzt werden. Hierbei solle ein Instrument zur Personalbemessung (PPR 2.0) verwendet werden. Des Weiteren sehe der Gesetzentwurf Regelungen zu den Budgetverhandlungen, zum Verfahren zur Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie zum Verwaltungsverfahren rund um den Krankenhauszukunftsfonds vor. Darüber hinaus solle die digitale medizinische und pflegerische Versorgung weiterentwickelt und nachgesteuert werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 20/3876, 20/4232 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe b

Laut Antragsteller müssen die Handlungsautonomie der Intensivpflegekräfte sowie die Finanzierung der Intensivfachweiterbildung mit Steuermitteln sichergestellt werden. Die Förderung neuer Intensivbetten solle verpflichtend an die Ausbildung einer Intensivfachpflegekraft gekoppelt und müsse die Intensivfachkraftquote neu festgelegt werden. Die Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie solle dem Qualifikationsniveau 6 im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) zugeordnet werden. Darüber hinaus müssten eine verbindliche Dienstplangestaltung und der Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten als Teil der pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegeendgeldwert berücksichtigt werden. Schließlich sollten Vertreter der Pflege als vollwertige, stimmberechtigte Mitglieder im Beschlussgremium des G-BA benannt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2586 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Die PPR 2.0 stelle eine deutliche Verbesserung gegenüber den derzeit geltenden Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) dar. Sie sei unmittelbar einsatzfähig, bilde den tatsächlichen pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ab und sei mithilfe pflegerischer und pflegewissenschaftlicher Expertise für einen praktikablen Einsatz erarbeitet worden. Die Bundesregierung solle daher zeitnah einen Gesetzentwurf zur Einführung der Pflegepersonalregelung 2.0 vorlegen und ergänzend dazu einen Gesetzentwurf zur Umsetzung der von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) entwickelten Personalbedarfsermittlung im Bereich der Pädiatrien sowie einen Gesetzentwurf zur Umsetzung der Personalbedarfsermittlung INPULS im Bereich der Intensivstationen vorlegen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/1731 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Annahme des Antrags.

Zu Buchstabe c

Annahme des Antrags.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Bund, Länder und Kommunen

Für die Durchführung einer wissenschaftlichen Erprobung zur Vorbereitung der in einer Rechtsverordnung festzulegenden Vorgaben zur Ermittlung des Personalbedarfes in der Pflege im Krankenhaus entstehen dem Bund Kosten in Höhe von

ca. 200 000 Euro, die im Rahmen der Ressortforschung aus bestehenden Ansätzen im Einzelplan 15 des BMG finanziert werden. Für Länder und Kommunen entsteht kein zusätzlicher Aufwand.

Durch die Einführung von Vorgaben zur Personalbedarfsermittlung und zur Festlegung der Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus entstehen Bund, Ländern und Kommunen Mehrausgaben in nur schwer quantifizierbarer Höhe. Müssen 5 000 Pflegekräfte ab 1. Januar 2025 eingestellt werden und wären diese am Arbeitsmarkt auch verfügbar, so würden alle Kostenträger mit rund 325 Millionen Euro belastet (Statistisches Bundesamt: Kostennachweis der Krankenhäuser 2020, Fachserie 12, Reihe 6.3). Personalkostensteigerungen, z. B. durch Tarifabschlüsse in den Jahren 2021 bis 2025 sind dabei nicht berücksichtigt. Wenn allen Kostenträgern Mehrausgaben von rund 325 Millionen Euro entstehen, entfielen auf Bund, Länder und Kommunen rund 8,1 Millionen Euro.

Für die Kostenträger von Krankenhausabrechnungen können sich Einsparungen aus den Rechnungsabschlüssen ergeben, die zu erheben sind, wenn die Krankenhausträger ihren Pflichten zur Übermittlung von Daten, Vorlage von Unterlagen und Erteilung von Auskünften im Rahmen der Budgetverhandlung nicht nachkommen. Da allerdings nicht abzuschätzen ist, wie viele Krankenhausträger ihren Pflichten nicht nachkommen, lässt sich das aus dem Abschlag in Höhe von einem Prozent auf voll- und teilstationären Krankenhausabrechnungen ergebende Finanzvolumen nicht quantifizieren. Würde ein Prozent der Krankenhäuser seinen Pflichten nicht nachkommen, könnten sich, unter Zugrundelegung der endgültigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2021 im Bereich der Krankenhäuser und einer Hochrechnung auf das Jahr 2023, Einsparungen für Bund, Länder und Kommunen als Träger der Beihilfe in Höhe von rund 25 000 Euro ergeben.

Für den Bund ergeben sich Mehrausgaben durch die Möglichkeit des BAS, die bis Ende der Antragsfrist nicht durch die Länder ausgeschöpften Mittel des Krankenhauszukunftsfonds zur Deckung der für die Verwaltung der Mittel und für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen zu verwenden. Diese Mehrausgaben können lediglich geschätzt werden. Aufgrund des Umstandes, dass die Länder die verfügbaren Fördermittel in Höhe von 3 Milliarden Euro innerhalb der Antragsfrist vollständig beim BAS beantragt haben, das BAS zum 1. September 2022 bereits knapp 2,5 Milliarden Euro bewilligt hat und daher davon auszugehen ist, dass nahezu alle beantragten Fördermittel auch bewilligt werden können, ist mit Mehrausgaben in Höhe eines maximal niedrigen zweistelligen Millionenbetrags zu rechnen. Durch die Verschiebung des Zeitpunkts um zwei Jahre bis spätestens Ende 2025, bis zu dem das BAS die durch die Länder nicht ausgeschöpften oder durch das BAS nicht für andere Aufgaben verwendeten Mittel an den Bund zurückzuführen hat, entstehen dem Bund keine Mehrausgaben.

Durch die Klarstellung der Intention des Gesetzgebers bei der Anwendung des FDA bei Krankenhäusern, die im Erlösbudget für das Jahr 2020 mehr Leistungen vereinbart haben als im Erlösbudget für das Jahr 2019, wird eine ungewollte doppelte Berücksichtigung dieses Leistungsanstiegs bei der Ermittlung des FDA verhindert. Bei diesen Krankenhäusern wird für die Ermittlung des FDA für das Jahr 2021 die im Erlösbudget für das Jahr 2020 vereinbarte Leistungsmenge zu Grunde gelegt. Durch die hieraus resultierende Reduzierung des FDA entstehen für Rechnungen dieser Krankenhäuser geringfügige Mehrausgaben bei der Beihilfe von Bund, Ländern und Kommunen, deren Umfang nicht quantifiziert werden kann.

Durch die Weiterentwicklung der Vorgaben für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts werden Ausgabenrisiken bei der Beihilfe von Bund, Ländern und Gemeinden vermieden, deren Höhe nicht quantifizierbar ist.

Durch die Festlegung eines Abschlags für Daten, die nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zum Pflegepersonal zu übermitteln sind und die im Rahmen der Plausibilitätsprüfung von der Datenstelle nicht akzeptiert werden, entstehen für die Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen als Träger der Beihilfe keine Mehrausgaben. Im Einzelfall kann die Festlegung eines Abschlags krankenhausesindividuell zu einer Verringerung der Krankenhausentgelte und somit zu einer Entlastung führen.

Durch die Festlegung eines Abschlags für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten nach § 17b Absatz 3a KHG entstehen für die Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen als Träger der Beihilfe keine Mehrausgaben. Im Einzelfall kann die Festlegung eines Abschlags krankenhausesindividuell zu einer Verringerung der Krankenhausentgelte und somit zu einer Entlastung führen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Einführung von Vorgaben zur Personalbedarfsermittlung und zur Festlegung der Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus können Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung erst im Rahmen der ab 1. Januar 2025 geplanten Verordnung entstehen. Erst dann können Erfüllungsgrade der Personalbesetzung in den Krankenhäusern und Sanktionen vorgegeben werden. Da die Ist- und die Sollgrößen für die Krankenhäuser erst am Ende des Jahres 2024 (Jahr der verbindlichen Einführung der PPR 2.0 in den Krankenhäusern) ermittelt werden und der Erfüllungsgrad in Abhängigkeit und unter Berücksichtigung der am Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Pflegekräfte in der genannten Verordnung festgelegt werden, kann eine Kostenschätzung derzeit nur sehr vage erfolgen. Unter jetzigen Bedingungen würde eine Pflegekraft 65 025 Euro (Statistisches Bundesamt Kostennachweis der Krankenhäuser 2020, Fachserie 12, Reihe 6.3) kosten. Müssten 5 000 Pflegekräfte eingestellt werden und wären diese am Arbeitsmarkt auch verfügbar, so würden ab dem Jahr 2025 alle Kostenträger mit rund 325 Millionen Euro und die gesetzliche Krankenversicherung mit 292,5 Millionen Euro belastet. Personalkostensteigerungen, z. B. durch Tarifabschlüsse in den Jahren 2021 bis 2025 sind dabei nicht berücksichtigt.

Für die Kostenträger von Krankenhausabrechnungen können sich Einsparungen aus den Rechnungsabschlägen ergeben, die zu erheben sind, wenn die Krankenhausträger ihren Pflichten zur Übermittlung von Daten, Vorlage von Unterlagen und Erteilung von Auskünften im Rahmen der Budgetverhandlung nicht nachkommen. Da allerdings nicht abzuschätzen ist, wie viele Krankenhausträger ihren Pflichten nicht nachkommen, lässt sich das aus dem Abschlag in Höhe von einem Prozent auf voll- und teilstationäre Krankenhausabrechnungen ergebende Finanzvolumen nicht quantifizieren. Würde ein Prozent der Krankenhäuser seinen Pflichten nicht nachkommen, könnten sich, unter Zugrundelegung der endgültigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2021 im Bereich der Krankenhäuser und einer Hochrechnung auf das Jahr 2023, Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rund 900 000 Euro ergeben.

Durch die Klarstellung der Intention des Gesetzgebers bei der Anwendung des FDA bei Krankenhäusern, die im Erlösbudget für das Jahr 2020 mehr Leistungen vereinbart haben als im Erlösbudget für das Jahr 2019, wird eine ungewollte doppelte Berücksichtigung dieses Leistungsanstiegs bei der Ermittlung des FDA verhindert. Bei diesen Krankenhäusern wird für die Ermittlung des FDA für das Jahr 2021 die im Erlösbudget für das Jahr 2020 vereinbarte Leistungsmenge zu Grunde

gelegt. Durch die hieraus resultierende Reduzierung des FDA entstehen für Rechnungen dieser Krankenhäuser geringfügige Mehrausgaben bei der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Umfang nicht quantifiziert werden kann.

Durch die Weiterentwicklung der Vorgaben für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts werden Ausgabenrisiken für die gesetzliche Krankenversicherung vermieden, deren Höhe nicht quantifizierbar ist.

Durch die Festlegung eines Abschlags für Daten, die nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zum Pflegepersonal zu übermitteln sind, und die im Rahmen der Plausibilitätsprüfung von der Datenstelle nicht akzeptiert werden, entstehen keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Einzelfall kann die Festlegung eines Abschlags krankenhausesindividuell zu einer Verringerung der Krankenhausentgelte und somit für die gesetzliche Krankenversicherung zu einer Entlastung führen.

Durch die Festlegung eines Abschlags für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten nach § 17b Absatz 3a KHG entstehen keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Einzelfall kann die Festlegung eines Abschlags krankenhausesindividuell zu einer Verringerung der Krankenhausentgelte und somit für die gesetzliche Krankenversicherung zu einer Entlastung führen.

Die Verschiebung der Ausgleichszahlungen der Krankenkassen bei Unterschreitung des Mindestbetrags für Qualitätsverträge um ein Jahr führt zu nicht quantifizierbaren Einsparungen der Krankenkassen, die das vorgesehene Mindestausgabevolumen im Jahr 2022 nicht erreichen.

Zu Buchstaben b und c

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Zu Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Für die Krankenhäuser wird sich bei der Umsetzung der PPR 2.0 ein nur vage schätzbarer Erfüllungsaufwand ergeben. Dieser entsteht durch die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes und Festlegung der Personalbesetzung für die Implementierung eines Dokumentations- und Erfassungssystems sowie für die Schulung der Pflegekräfte. Die Quantifizierung ist auch deshalb schwierig, da sie von der technischen Ausstattung des jeweiligen Krankenhauses sowie der Anzahl der zu schulenden Mitarbeitenden abhängig ist. Im Jahr 2023 fällt für die Krankenhäuser kein Erfüllungsaufwand an, da im Rahmen des geplanten Ressortforschungsvorhabens zur Vorbereitung der Verordnung zur flächendeckenden Einführung der PPR 2.0

ab 1. Januar 2024, das aus bestehenden Ansätzen aus dem Einzelplan 15 des BMG finanziert wird, nur Krankenhäuser einbezogen werden, die die PPR 2.0 oder ein ähnliches Personalbemessungsinstrument bereits einsetzen. Es ist nach einem Bericht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, „Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonalregelung für Erwachsene (PPR 2.0)“, davon auszugehen, dass in Krankenhäusern mit entsprechenden Erfahrungen die PPR 2.0 gut anwendbar ist. Das Instrument sei danach wenig voraussetzungsvoll, d. h. es müssten keine aufwändigen Schulungen durchgeführt werden oder noch größere infrastrukturelle Maßnahmen erfolgen. Außerdem wären keine Lizenzgebühren zu entrichten und eine Dokumentation kann über vorhandene Systeme erfolgen. Im Jahr 2024 (Jahr der verpflichtenden Einführung der PPR 2.0 in allen Krankenhäusern) und 2025 (1. Jahr der Erfüllung von Umsetzungsgraden und Sanktionen) könnte schätzungsweise ein Dokumentations- und Schulungsaufwand für 20 Prozent bis 50 Prozent der Krankenhaushäufigkeiten entstehen. Bei rund 17 Millionen Krankenhaushäufigkeiten wären dies 3,4 bis zu 8,5 Millionen Fälle. Bei einem geschätzten Zeitaufwand von einer Minute pro Fall und Lohnkosten von 30 Euro je Stunde, ergäbe sich ein Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser in Höhe von 1,7 bis zu 4,25 Millionen Euro. Die Schätzung eines Aufwandes von einer Minute pro Fall kann nur grob erfolgen; je nach Schwere eines Falles kann eine mehrfache Einstufung notwendig werden, was aber kompensiert würde durch viele relativ einfache Fälle, die zum Teil unkompliziert und gegebenenfalls auch automatisiert erfasst würden. Ferner ist pro Krankenhaus eine Verwaltungseinheit für die Erfassung und Übermittlung der Daten vorzusehen; der Erfüllungsaufwand kann hier als vernachlässigbar angesehen werden, da die Krankenhäuser mit den zahlreichen Datenübermittlungen, Schnittstellen und Systemen vertraut sind.

Die Abwicklung der Aufschläge im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung im Wege der elektronischen Datenübertragung kann für die Krankenhäuser eine Entlastung von jährlichem Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe in den Fällen bedeuten, in denen sie sonst im Wege des Widerspruchs gegen die Geltendmachung durch die Krankenkassen als Verwaltungsakt vorgehen würden. Die Höhe der Entlastung hängt maßgeblich davon ab, in wie vielen Fällen die Krankenkassen Aufschläge geltend machen, sowie in wie vielen Fällen hiervon die Krankenhäuser diese als unberechtigt zurückweisen.

Durch die Erleichterung bei der Prüfung von Strukturmerkmalen in Fällen, in denen Krankenhäuser Leistungen erstmals oder nach einer Unterbrechung erneut erbringen wollen, entstehen jährliche Entlastungen der Krankenhäuser von Erfüllungsaufwand in einer Höhe, die aufgrund der Heterogenität der Krankenhäuser nicht quantifizierbar ist. Sie hängt maßgeblich von der jeweiligen Struktur des Krankenhauses sowie dessen Versorgungsangebot ab.

Durch die Festlegung eines weiteren Messzeitpunktes im Rahmen der Evaluation des Krankenhauszukunftsfonds entsteht den Krankenhäusern ein einmaliger nicht quantifizierbarer geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand, welcher jedoch deutlich unterhalb der Aufwände für die vorherigen Messungen liegt, da das Vorgehen bereits bekannt ist und auf die Ergebnisse der vorherigen Messung aufgesetzt werden kann.

Für berechnete IT-Dienstleister im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds entsteht ein nicht quantifizierbarer zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand, um die Förderrichtlinien des BAS im Rahmen der Laufzeit der geförderten Vorhaben auf Aktualisierungen zu prüfen. Dieser Aufwand ist abhängig vom Umfang der Änderungen der Förderrichtlinie. Die Änderungen sollen so dargestellt werden, dass diese leicht erkenntlich sind und somit eine Prüfung durch IT-Dienstleister möglichst aufwandsarm erfolgen kann.

Durch die Regelung einer bußgeldbewehrten Verpflichtung für Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme, eine diskriminierungsfreie Einbindung der für die vertragsärztliche Versorgung erforderlichen Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur ohne Erhebung zusätzlicher Kosten oder Gebühren für Leistungserbringer zu gewährleisten, werden von den an die Telematikinfrastruktur angeschlossenen Leistungserbringern nach einer überschlägigen Schätzung jährliche Kosten in Höhe von rund 8 Millionen Euro eingespart. Grob geschätzt liegen die Kosten für die Leistungserbringer durch die Erhebung von Anschluss- oder Wartungsgebühren durch einige Hersteller im Durchschnitt bei 550 Euro pro Jahr. Es wird davon ausgegangen, dass geschätzt etwa 15 000 Leistungserbringerinstitutionen für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur systemfremde Komponenten und Dienste nutzen.

Zu Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Zu Buchstabe a

Bürokratiekosten aus Informationspflichten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstaben b und c

Bürokratiekosten aus Informationspflichten wurden nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-SV, Verband der Privaten Krankenversicherung) werden verpflichtet, insbesondere die Einzelheiten zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften im Rahmen der Budgetverhandlungen und zur Abrechnung des Rechnungsabschlags zu vereinbaren. Davon ausgehend, dass an den Verhandlungen für die Vereinbarung 20 Personen (à 66,20 Euro, Sozialversicherung höherer Dienst) teilnehmen und diese zwei Verhandlungstage zur Verfügung haben, entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 21 200 Euro.

Durch die Regelung, wonach die Schiedsstelle nach einer weiterhin ausstehenden Vereinbarung oder Festsetzung in der gesetzlich neu festgelegten Frist automatisch tätig wird, kann es für die Schiedsstellen zu einem zusätzlichen Erfüllungsaufwand kommen. Es wird angenommen, dass mit Inkrafttreten der neuen Regelungen häufiger die Schiedsstelle tätig werden muss, als dies bisher der Fall war. Eine Quantifizierung der Anzahl der Vereinbarungen, die von der Schiedsstelle festzusetzen sind, ist allerdings nicht möglich. Für jede festzusetzende Vereinbarung wird bei einer durchschnittlichen Besetzung der Schiedsstelle mit 12 Personen (à 65,20 Euro, Länder höherer Dienst) und einem zeitlichen Verhandlungsaufwand von drei Tagen von einem jeweils einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 19 000 Euro ausgegangen.

Durch die Geltendmachung der Aufschläge im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung im Wege der elektronischen Datenübertragung werden die gesetzlichen Krankenkassen von jährlichem Erfüllungsaufwand entlastet, der ihnen im Zusammenhang mit dem Erlass von Verwaltungsakten sonst entstünde. Die Höhe

der Entlastung für die jeweilige Krankenkasse pro Krankenhausabrechnungsprüfung kann lediglich geschätzt werden. Unter der Annahme, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des gehobenen Dienstes (à 43,90 Euro) 4 Stunden für die Ermittlung der Aufschlagshöhe und deren Bescheidung gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus benötigt, ergibt sich eine fallbezogene Entlastung in Höhe von rund 175 Euro. Diese ist unter der Annahme, dass die bearbeitende Person für die Geltendmachung im Wege der elektronischen Datenübertragung künftig nur noch die Hälfte der Zeit benötigt, auf gut 80 Euro pro Fall zu taxieren. Die Quantifizierung der Entlastung über alle Krankenkassen hinweg ist nicht möglich, da diese maßgeblich davon abhängt, in wie vielen Fällen die Krankenkassen Aufschläge geltend machen.

Durch die Übermittlung der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen durch den MD an die Krankenkasse zum Zwecke der Durchführung der einzelfallbezogenen Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung entsteht den MD laufender Erfüllungsaufwand. Vor dem Hintergrund, dass nicht absehbar ist, in welchem Umfang Erörterungs- bzw. Klageverfahren durchgeführt werden, kann der Erfüllungsaufwand lediglich geschätzt werden. Unter der Annahme, dass jährlich 100 Erörterungsverfahren zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen durchgeführt werden, ergibt sich mit der Prämisse, dass hierfür jeweils aufseiten des jeweiligen MD eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des gehobenen Dienstes (à 43,90 Euro) 2 Stunden für die Übersendung an die Krankenkasse aufzuwenden hat, ein geschätzter Gesamtaufwand für die MD in Höhe von rund 8 800 Euro.

Durch die Erleichterung bei der Prüfung von Strukturmerkmalen in Fällen, in denen Krankenhäuser Leistungen erstmals oder nach einer Unterbrechung erneut erbringen wollen, entstehen jährliche Entlastungen der MD, die nicht quantifizierbar sind. Die Höhe der Entlastung hängt maßgeblich davon ab, in wie vielen Fällen die MD ansonsten ein zweizeitiges Prüfverfahren anwenden müssten, was wiederum davon abhängig ist, welche Krankenhäuser mit welcher Struktur und welchem Versorgungsangebot Anträge auf erstmalige Leistungserbringung beim jeweiligen MD stellen.

Für das BAS ergibt sich laufender Erfüllungsaufwand durch die halbjährliche Verpflichtung zum Bericht gegenüber dem BMG über die entstandenen und voraussichtlich entstehenden Aufwendungen für die Verwaltung der Mittel und für die Durchführung der Förderung nach dem Krankenhauszukunftsfonds in Höhe von insgesamt rund 1 150 Euro. Hierbei zugrunde gelegt wird ein Aufwand von einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des gehobenen Dienstes (à 46,50 Euro) für 17 Stunden sowie einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des höheren Dienstes (à 70,50 Euro) für 5 Stunden.

Für das BAS ergibt sich zudem laufender Erfüllungsaufwand durch die aufgrund der Verschiebung des Zeitpunkts für die Rückführung der Mittel an den Bund um zwei Jahre erforderliche jährliche Anpassung der Schätzung der entstehenden Aufwendungen an die tatsächlich entstandenen Aufwendungen in Höhe von insgesamt rund 500 Euro. Hierbei zugrunde gelegt wird ein Aufwand von einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des gehobenen Dienstes (à 46,50 Euro) für 6 Stunden sowie einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des höheren Dienstes (à 70,50 Euro) für 3 Stunden.

Dem BAS entsteht Erfüllungsaufwand durch die aufgrund der Änderungen dieses Gesetzes erforderliche Aktualisierung der Fördermittelrichtlinie zum Krankenhauszukunftsfonds. Es ist hierbei von zwei Überarbeitungen und einem Aufwand von rund 1 150 Euro auszugehen. Hierbei zugrunde gelegt wird ein Aufwand von einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des gehobenen Dienstes (à 46,50 Euro)

für 17 Stunden sowie einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des höheren Dienstes (à 70,50 Euro) für 5 Stunden.

Durch die Prüfung, welche Krankenhäuser an der Begleitevaluation zum Krankenhauszukunftsfonds teilgenommen haben, entsteht den Ländern ein geringer zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand. Im Rahmen der ohnehin durch die Länder zu erbringenden jährlichen Zwischennachweise ist durch die Prüfung der Vorlage des Teilnahmezertifikats an der Begleitevaluation über alle geförderten Krankenhäuser mit insgesamt 7 Arbeitstagen jährlich zu rechnen. Dies entspricht Aufwänden in Höhe von rund 2 500 Euro. Hierbei zugrunde gelegt wird ein Aufwand von einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des gehobenen Dienstes (à 43,90 Euro) für 53 Stunden sowie einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des höheren Dienstes (à 65,20 Euro) für 3 Stunden.

Der vom InEK geführten Datenstelle entsteht durch die Festlegung eines Abschlags für Daten, die nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zum Pflegepersonal zu übermitteln sind und die im Rahmen der Plausibilitätsprüfung von der Datenstelle nicht akzeptiert werden, ein jährlicher Erfüllungsaufwand, der jeweils abhängig von der Anzahl der betroffenen Krankenhausstandorte ist. Unter der Annahme, dass eine Person (à 66,20 Euro, Sozialversicherung höherer Dienst) pro Krankenhausstandort für die Festsetzung des Abschlags und die Mitteilung der Höhe des Abschlags an die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) 30 Minuten benötigt und schätzungsweise 20 Krankenhausstandorte betroffen sind, ergibt sich ein Erfüllungsaufwand von rund 660 Euro.

Dem InEK entsteht durch die Festlegung eines Abschlags für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten nach § 17b Absatz 3a KHG kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Die Festlegung des Abschlags tritt an die Stelle des Bescheides, den das InEK bisher zur Sicherstellung der Kalkulationsteilnahme auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 4 KHG namens und im Auftrag der Vertragsparteien zu erstellen hatte und auf dessen Grundlage die Zahlungsverpflichtung der betroffenen Krankenhäuser an das InEK beruhte. Für beide Vorgänge ist ein vergleichbarer Zeitumfang anzusetzen.

Zu Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Durch die Einführung von Vorgaben zur Personalbedarfsermittlung und zur Festlegung der Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus entstehen der privaten Krankenversicherung Mehrausgaben in nur schwer quantifizierbarer Höhe. Unter jetzigen Bedingungen würde eine Pflegekraft 65 025 Euro (Statistisches Bundesamt Kostennachweis der Krankenhäuser 2020, Fachserie 12, Reihe 6.3) kosten. Müssten 5 000 Pflegekräfte ab 1. Januar 2025 eingestellt werden und wären diese am Arbeitsmarkt auch verfügbar, so würden ab dem Jahr 2025 alle Kostenträger mit rund 325 Millionen Euro belastet. Auf die private Krankenversicherung entfielen dabei Mehrausgaben in Höhe von rund 24,4 Millionen Euro. Personalkostensteigerungen, z. B. durch Tarifabschlüsse in den Jahren 2021 bis 2025 sind dabei nicht berücksichtigt.

Für die Kostenträger von Krankenhausabrechnungen können sich Einsparungen aus den Rechnungsabschlägen ergeben, die zu erheben sind, wenn die Krankenhausträger ihren Pflichten zur Übermittlung von Daten, Vorlage von Unterlagen und Erteilung von Auskünften im Rahmen der Budgetverhandlung nicht nachkommen. Da allerdings nicht abzuschätzen ist, wie viele Krankenhausträger ihren Pflichten nicht nachkommen, lässt sich das aus dem Abschlag in Höhe von einem Prozent auf voll- und teilstationäre Krankenhausabrechnungen ergebende Finanzvolumen nicht quantifizieren. Würde ein Prozent der Krankenhäuser seinen Pflichten nicht nachkommen, könnten sich, unter Zugrundelegung der endgültigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2021 im Bereich der Krankenhäuser und einer Hochrechnung auf das Jahr 2023, Einsparungen für die private Krankenversicherung in Höhe von rund 75 000 Euro ergeben.

Durch die Klarstellung der Intention des Gesetzgebers bei der Anwendung des FDA bei Krankenhäusern, die im Erlösbudget für das Jahr 2020 mehr Leistungen vereinbart haben als im Erlösbudget für das Jahr 2019, wird eine ungewollte doppelte Berücksichtigung dieses Leistungsanstiegs bei der Ermittlung des FDA verhindert. Bei diesen Krankenhäusern wird für die Ermittlung des FDA für das Jahr 2021 die im Erlösbudget für das Jahr 2020 vereinbarte Leistungsmenge zu Grunde gelegt. Durch die hieraus resultierende Reduzierung des FDA entstehen für Rechnungen dieser Krankenhäuser geringfügige Mehrausgaben für die private Krankenversicherung, deren Umfang nicht quantifiziert werden kann.

Durch die Weiterentwicklung der Vorgaben für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts werden Ausgabenrisiken für die private Krankenversicherung vermieden, deren Höhe nicht quantifizierbar ist.

Durch die Festlegung eines Abschlags für Daten, die nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zum Pflegepersonal zu übermitteln sind und die im Rahmen der Plausibilitätsprüfung von der Datenstelle nicht akzeptiert werden, entstehen keine Mehrausgaben für die private Krankenversicherung. Im Einzelfall kann die Festlegung eines Abschlags krankenhausesindividuell zu einer Verringerung der Krankenhausentgelte und somit für private Krankenversicherungsunternehmen zu einer Entlastung führen.

Durch die Festlegung eines Abschlags für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten nach § 17b Absatz 3a KHG entstehen keine Mehrausgaben für die private Krankenversicherung. Im Einzelfall kann die Festlegung eines Abschlags krankenhausesindividuell zu einer Verringerung der Krankenhausentgelte und somit für private Krankenversicherungsunternehmen zu einer Entlastung führen.

Zu Buchstaben b und c

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 20/3876, 20/4232 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 20/2586 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 20/1731 abzulehnen.

Berlin, den 30. November 2022

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Stellvertretende Vorsitzende

Dr. Christos Pantazis
Berichterstatter

Stephan Pilsinger
Berichterstatter

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatterin

Nicole Westig
Berichterstatterin

Martin Sichert
Berichterstatter

Ates Gürpınar
Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung

– Drucksachen 20/3876, 20/4232 –

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

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p align="center">Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung</p>	<p align="center">Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung</p>
<p align="center">(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz–KHPfIEG)</p>	<p align="center">(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz–KHPfIEG)</p>
<p align="center">Vom ...</p>	<p align="center">Vom ...</p>
<p>Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:</p>	<p>Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:</p>
<p align="center">Artikel 1</p>	<p align="center">Artikel 1</p>
<p>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</p>	<p>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</p>
<p>Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	<p>Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
	<p>0. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) In Satz 1 wird nach dem Wort „stationsäquivalent“ ein Komma und wird das Wort „tagesstationär“ eingefügt.</p>
	<p>b) In Satz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „stationsäquivalente“ die Wörter „oder tagesstationäre“ eingefügt.</p>
	<p>c) In Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus“ eingefügt.
	d) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
	„Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“
	0a. § 40 Absatz 3 Satz 20 wird wie folgt gefasst:
	„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022, für das Jahr 2022 bis zum 30. September 2023 und für das Jahr 2023 bis zum 30. September 2024 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.“
	0b. In § 73 Absatz 11 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „in diesem Fall sind auf die Verordnung die Regelungen der Verträge nach § 125 Absatz 1 anzuwenden“ eingefügt.
	0c. § 79 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „besteht der Vorstand aus mehreren Mitgliedern, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ eingefügt.
	b) In Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dem Vorstand müssen mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ eingefügt.
	0d. In § 87 Absatz 2a Satz 23 wird die Angabe „1. Oktober 2022“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
	0e. Nach § 92 Absatz 6b wird folgender Absatz 6c eingefügt:
	„(6c) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2023 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierzu Regelungen treffen, die insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot sicherstellen. Er kann den Anwendungsbereich seiner Richtlinie auf die Versorgung von Versicherten erstrecken, bei denen ein Verdacht auf eine andere Erkrankung besteht, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweist.“</p>
<p>1. § 110a Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	<p>1. unverändert</p>
<p>a) In Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „erstmals für das Jahr 2023“ eingefügt.</p>	
<p>b) In Satz 4 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.</p>	
	<p>1a. Nach § 115d werden die folgenden §§ 115e und 115f eingefügt:</p>
	<p>„§ 115e</p>
	<p>Tagesstationäre Behandlung</p>
	<p>(1) Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. Leistungen nach den §§ 115b, 115f und 121, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungen ambulant erbracht werden können, nach § 116b ambulant erbringbare Leistungen, eintägige Behandlungen ohne Einweisung und Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses können nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>werden. Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 37 haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen.</p>
	<p>(2) Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Fahrkosten nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Krankenfahrten, die nach § 60 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Patientinnen und Patienten hierauf gesondert und in geeigneter Weise hinzuweisen.</p>
	<p>(3) Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt mit den auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes abrechenbaren Entgelten für vollstationäre Krankenhausleistungen, die für alle Benutzerinnen und Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind. Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung nicht über Nacht im Krankenhaus versorgt werden, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Bei Erbringung einer tagesstationären Behandlung ist eine Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst nach § 275c während des Krankenhausaufenthalts nicht zulässig. Näheres oder Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>bis zum ... [einsetzen: 180. Tag nach Inkrafttreten gemäß Artikel 9 Absatz 1]. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.</p>
	<p>(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum ... [einsetzen: 30. Tag nach Inkrafttreten gemäß Artikel 9 Absatz 1 die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass die tägliche Behandlungsdauer dokumentiert wird. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.</p>
	<p>(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juli 2023 und zum 30. Juli 2024 jeweils einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.</p>
	<p>§ 115f</p>
	<p>Spezielle sektorengleiche Vergütung, Verordnungsermächtigung</p>
	<p>(1) Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. März 2023</p>
	<p>1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung nach Nummer 1 erfolgt.</p>
	<p>Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen. Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen. Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung. Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen.</p>
	<p>(2) Als Kriterien bei der Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind insbesondere eine hohe Fallzahl im Krankenhaus, eine kurze Verweildauer und ein geringer klinischer Komplexitätsgrad zu berücksichtigen. Die Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Abstand von jeweils zwei Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, erstmals spätestens bis zum 31. März 2025.</p>
	<p>(3) Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder Dritte gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung von nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Absatz 4 bestimmten Leistungen beauftragen. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. § 295 Absatz 1b Satz 1, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 gelten für die jeweiligen in Satz 1 genannten Leistungserbringer entsprechend.</p>
	<p>(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. Zur Vorbereitung einer Regelung nach Satz 1 sind die einzelnen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der nach § 87 Absatz 5a Satz 1 ergänzte Bewertungsausschuss, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.</p>
	<p>(5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten in einem Abstand von jeweils 18 Monaten und legen dem Bundesministerium für Gesundheit, erstmals am 1. April 2024, einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.“</p>
	<p>1b. § 124 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) In Absatz 1 Nummer 3 wird die Angabe „und § 125a“ gestrichen.</p>
	<p>b) Absatz 4 wird aufgehoben.</p>
	<p>c) Absatz 5 Satz 4 wird aufgehoben.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	d) Absatz 6 wird aufgehoben.
	1c. § 125 wird wie folgt geändert:
	a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
	<p style="text-align: center;">„§ 125</p>
	<p style="text-align: center;">Verträge zur Heilmittelversorgung“.</p>
	b) In Absatz 5 Satz 4 wird das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.
	c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
	aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	<p>„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können mit den Trägern von Schulen, Kindertagesstätten oder Angeboten der Eingliederungshilfe, deren Verbänden oder den für die Erbringung der Eingliederungshilfe nach Landesrecht zuständigen Behörden Verträge über die Einzelheiten der Versorgung von Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die von Behinderung bedroht sind, mit Heilmitteln in Schulen, Kindertagesstätten oder Angeboten der Eingliederungshilfe schließen.“</p>
	bb) In Satz 3 wird nach dem Wort „gelten“ das Wort „jeweils“ eingefügt.
	1d. § 125a wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „sofern sich die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen für ihren Heilmittelbereich gemeinsam zum Abschluss eines solchen Vertrages entschließen“ eingefügt.
	bb) In Satz 6 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Stellungnahmen sind in die Verhandlung der Vereinbarungen einzubeziehen“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	cc) Satz 7 wird aufgehoben.
	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 1 wird das Wort „alle“ gestrichen.
	bb) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:
	<p>„6. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, insbesondere für solche Ausweitungen, die weder morbiditätsbedingt sind noch auf dem therapeutischen Fortschritt oder Veränderungen des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschlüsse vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie“.</p>
	c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
	<p>„(6) Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 erhobenen und der nach Absatz 5 veröffentlichten Daten übermitteln die Vertragspartner nach Absatz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit vier Jahre nach Abschluss der Verträge nach Absatz 1 einen Bericht, in dem insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, die Mengenentwicklung, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität darzulegen sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre nach Abschluss der Verträge einen Zwischenbericht.“</p>
	1e. § 125b wird wie folgt geändert:
	a) In der Überschrift werden die Wörter „Bundesweit geltende Preise,“ gestrichen.
	b) Die Absätze 1, 2 und 3 werden aufgehoben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1f. Nach § 127 Absatz 1a Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
	„Der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsperson fort.“
	1g. § 130a Absatz 3a wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht für die Neueinführung eines Immunglobulins menschlicher Herkunft, für das nach dem 31. Dezember 2018 eine Zulassung nach § 25 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes oder eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach Artikel 3 Absatz 1 oder Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 erteilt wurde, mit Ausnahme der Zulassung von anderen Stärken oder Ausbietungen“ eingefügt.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2023 einen Bericht über die Auswirkungen von Satz 4 zweiter Halbsatz vorzulegen.“
2. § 137k wird wie folgt geändert:	2. In § 137i Absatz 3 Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „diese können sich auf die Prüfung der Frage erstrecken, inwiefern Pflegepersonaluntergrenzen in Notaufnahmen Anwendung finden können“ eingefügt.
a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.	a) entfällt
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	b) entfällt
aa) In Satz 1 werden die Wörter „und spätestens bis zum 15. Dezember 2021“ gestrichen.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „30. Juni 2023“ ersetzt.	
c) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „31. August 2022“ durch die Angabe „31. August 2023“ ersetzt.	c) entfällt

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Nach § 137k wird folgender § 137l eingefügt:	3. Nach § 137j wird folgender § 137k eingefügt:
	„§ 137k
	Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung
	(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 4 und 5 Folgendes zu ermitteln und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:
	1. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Pflegekräfte,
	2. den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern und
	3. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte.
	Sie haben außerdem die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den jeweils zuständigen Landesbehörden und dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 2.
	(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kin-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>dern sowie der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Kindern. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:</p>
	<p>1. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, und</p>
	<p>2. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.</p>
	<p>Der Auftragnehmer kann die Form und das Verfahren der Datenübermittlung festlegen. Weitere nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können sich an der Erprobung beteiligen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2023 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach den Absätzen 4 und 5 zu berücksichtigen.</p>
	<p>(3) Das Bundesministerium der Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Oktober 2023 einen Auftragnehmer mit der Entwicklung und modellhaften Erprobung eines Verfahrens zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:</p>
	<p>1. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, und</p>
	<p>2. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station auf</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.
	Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2024 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Entwicklung und Erprobung vorzulegen. Absatz 2 Satz 4, 5 und 7 gilt entsprechend.
	(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen, erstmals bis zum 30. November 2023, Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern erlassen. In der Rechtsverordnung kann das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere bestimmen
	1. zur Ermittlung des täglichen Pflegebedarfs durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den ihnen zugrunde zulegenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient,
	2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals,
	3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden
	a) Anzahl der in der jeweiligen Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Ist-Personalbesetzung) und
	b) Anzahl der in der jeweiligen Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Soll-Personalbesetzung),
	4. zur Übermittlung der von den Krankenhäusern erfassten Daten nach Nummer 3 an das Institut für das Entgeltsystem im

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Krankenhaus einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,
	5. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten,
	6. zur Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und
	7. zur Übermittlung nach Absatz 1 Satz 4.
	(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, aufgrund der in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 vorgesehenen Datenerfassung zur Festlegung des konkreten erforderlichen Erfüllungsgrads der Soll-Personalbesetzung in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 mit Zustimmung des Bundesrates und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen Regelungen zu treffen
	1. zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung durch das Krankenhaus,
	2. zum Nachweis der Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und
	3. zu Vergütungsabschlägen, wenn ein Krankenhaus es unterlässt,
	a) die Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung anzupassen oder
	b) die Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung nachzuweisen.
	(6) Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 bleiben unberührt.
	(7) Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung der Aufgaben nach dieser Vorschrift sind aus dem Zuschlag nach

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	§ 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.“
	3a. Der bisherige § 137k wird § 137l und wie folgt geändert:
	a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
	„Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus“.
	b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Die Sätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:
	„Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Vorgaben zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus nach § 137k Absatz 4 sicher, insbesondere im Hinblick auf die bedarfsgerechte personelle Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage seiner jeweiligen nach § 137k Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 bestimmten beruflichen Qualifikationen sowie im Hinblick auf die standardisierte und digitale Anwendung der Vorgaben nach § 137k Absatz 4. Zudem legen sie Vorschläge zur Personalbemessung in der Pflege in Notaufnahmen vor. Die Vertragsparteien nach Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse der wissenschaftlichen Weiterentwicklung nach den Sätzen 1 und 2 bis zum 31. Dezember 2024 vor.“
	bb) In Satz 4 werden die Wörter „Wissenschaftlichkeit des Verfahrens“ durch die Wörter „Wissenschaftlichkeit der Weiterentwicklung“ ersetzt und werden die Wörter „mit der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens“ gestrichen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird die Angabe „15. Dezember 2021“ durch die Angabe „31. März 2023“ ersetzt und werden die Wörter „für die Entwicklung und Erprobung des Verfahrens nach Absatz 1 Satz 1 bis 3“ gestrichen.
	bb) In Satz 2 wird die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „30. September 2023“ ersetzt.
	d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „Entwicklung oder Erprobung“ durch das Wort „Weiterentwicklung“ ersetzt.
	bb) In Satz 2 wird die Angabe „15. Dezember 2021“ durch die Angabe „31. März 2023“ und die Angabe „31. August 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2023“ ersetzt.
„§ 1371	§ 1371
<i>Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung</i>	entfällt
(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 Folgendes zu ermitteln und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:	
1. die Anzahl der aufbettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Pflegekräfte,	
2. den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern und	
3. die Anzahl der aufbettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte.</i>	
<i>Sie haben außerdem die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen.</i>	
<p><i>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:</i></p>	
<p><i>1. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte und</i></p>	
<p><i>2. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.</i></p>	
<p><i>Der Auftragnehmer kann die Form und das Verfahren der Datenübermittlung festlegen. Weitere nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können sich an der Erprobung beteiligen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2023 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 zu berücksichtigen.</i></p>	
<p><i>(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen bis zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pfl-</i></p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>gebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern erlassen. In der Rechtsverordnung kann das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere bestimmen</i></p>	
<p><i>1. zur Ermittlung des täglichen Pflegebedarfs, durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den ihnen zugrunde zu legenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient,</i></p>	
<p><i>2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals,</i></p>	
<p><i>3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden</i></p>	
<p><i>a) Anzahl der in der jeweiligen Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Ist-Personalbesetzung) und</i></p>	
<p><i>b) Anzahl der in der jeweiligen Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Soll-Personalbesetzung),</i></p>	
<p><i>4. zur Übermittlung der von den Krankenhäusern erfassten Daten nach Nummer 3 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,</i></p>	
<p><i>5. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten sowie</i></p>	
<p><i>6. zur Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.</i></p>	
<p><i>(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, aufgrund der in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 vorgesehenen Datenerfassung zur Festlegung des konkreten erforderlichen Erfüllungsgrads der Soll-Personalbesetzung in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 ohne Zustimmung des Bundesrates und im Einvernehmen</i></p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>mit dem Bundesministerium der Finanzen Regelungen zu treffen</i>	
1. <i>zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung durch das Krankenhaus,</i>	
2. <i>zum Nachweis der Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und</i>	
3. <i>zu Vergütungsabschlägen, wenn ein Krankenhaus es unterlässt,</i>	
a) <i>die Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung anzupassen oder</i>	
b) <i>die Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung nachzuweisen.</i>	
(5) <i>Sofern für ein Krankenhaus in einem Tarifvertrag oder einer sonstigen Vereinbarung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern verbindliche Vorgaben zur Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen einzusetzenden Pflegepersonals vereinbart wurden und diese Vereinbarung nach dem übereinstimmenden schriftlich oder elektronisch erklärten Willen der Tarifvertragsparteien der Anwendung der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 vorzuziehen ist, entfallen für das Krankenhaus die sich aus der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 ergebenden Verpflichtungen. Die Erklärung sowie der Tarifvertrag oder die sonstige Vereinbarung sind dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln.</i>	
(6) <i>Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 bleiben unberührt.</i>	
(7) <i>Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.“</i>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. § 139e wird wie folgt geändert:	4. § 139e wird wie folgt geändert:
a) Absatz 10 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 10 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2022“ ersetzt.	aa) In Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
bb) In Satz 2 wird die Angabe „1. Juni 2022“ durch die Angabe „1. Juni 2023“ ersetzt.	bb) In Satz 2 wird die Angabe „1. Juni 2022“ durch die Angabe „1. Juni 2024“ ersetzt.
cc) In Satz 3 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.	cc) In Satz 3 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.
b) In Absatz 11 Satz 2 wird die Angabe „1. April 2023“ durch die Angabe „1. August 2024“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
5. § 142 wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	
„§ 142	
Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege“.	
b) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Gesundheitswesen“ die Wörter „und in der Pflege“ eingefügt.	
c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „einschließlich der Pflege“ eingefügt.	
bb) In Satz 3 wird das Wort „Sondergutachten“ durch die Wörter „kurzfristigen Stellungnahmen“ ersetzt.	
d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	
„(3) Der Sachverständigenrat erstellt seine Gutachten in der Regel im Abstand von zwölf Monaten und leitet sie dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar nach Fertigstellung zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt jedes Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.“	
6. In § 217f Absatz 4b Satz 4 wird die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Oktober 2023“ ersetzt.	6. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	6a. Dem § 271 Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Aus der Liquiditätsreserve werden im Jahr 2023 378 Millionen Euro entnommen; bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 7 Satz 3 für das Ausgleichsjahr 2022 ist das sich nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ergebende Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr um diesen Betrag zu erhöhen. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2024 378 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“
7. § 275c wird wie folgt geändert:	7. un verändert
a) In Absatz 2 Satz 6 werden nach dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „ab dem Jahr 2022“ eingefügt.	
b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	
„Die Geltendmachung des Aufschlags erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung; das Nähere vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft.“	
c) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und“ gestrichen.	
8. § 275d wird wie folgt geändert:	8. un verändert
a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	
„(1a) Krankenhäuser können Leistungen abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zum 30. Juni eines Jahres, abrechnen, wenn	
1. sie bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses angezeigt haben, dass sie die Strukturmerkmale des Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. der der Leistung zugrunde liegende Kode des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 in dem Jahr erstmals vergütungsrelevant wurde.	
Krankenhäuser können ab dem 30. Juni 2023 Leistungen abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zu sechs Monate nach der Anzeige nach Nummer 1, abrechnen, wenn sie	
1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses angezeigt haben, dass sie die Strukturmerkmale des Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansehen, und	
2. in den letzten zwölf Monaten vor der Anzeige nach Nummer 1 noch keine Anzeige nach Nummer 1 für Leistungen nach diesem Kode vorgenommen haben.“	
b) Dem Wortlaut des Absatzes 2 wird folgender Satz vorangestellt:	
„Die Strukturprüfung wird durch einen Bescheid abgeschlossen.“	
c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	
„Krankenhäusern, denen nach Abschluss der Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach Absatz 1a beantragt haben, keine Bescheinigung nach Absatz 2 erteilt wurde, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „diese Krankenhäuser“ die Wörter „im Jahr 2022“ eingefügt.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Abweichend von Satz 1 können Krankenhäuser im Jahr 2022 bis zum Abschluss der Strukturprüfung erbrachte Leistungen vereinbaren und abrechnen, wenn sie die Strukturprüfung für Leistungen nach dem Kode 8-01a des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 bis zum 30. Juni 2022 beantragt haben.“	
9. § 283 wird wie folgt geändert:	9. un verändert
a) Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:	
„Der Vorstand beschließt die Richtlinien im Benehmen mit dem Verwaltungsrat.“	
b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	
„Der Vorstand beschließt die Richtlinien im Benehmen mit dem Verwaltungsrat.“	
10. Dem § 290 wird folgender Absatz 4 angefügt:	10. un verändert
„(4) Die Krankenversichertennummer eines Versicherten darf im Rahmen der Telematikinfrastruktur von Anbietern und Nutzern von Anwendungen und Diensten im Sinne von § 306 Absatz 4 Satz 1 und 2 zur eindeutigen Identifikation des Versicherten verwendet werden, soweit dies für die eindeutige Zuordnung von Daten und Diensten bei der Nutzung dieser Anwendungen und Dienste erforderlich ist.“	
11. § 291 wird wie folgt geändert:	11. § 291 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2 Nummer 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.	a) In Absatz 2 Nummer 3 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ und die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.
	b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Die Krankenkassen sind verpflichtet,
	1. Versicherten auf deren Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>2. Versicherten, die eine elektronische Patientenakte beantragen, gleichzeitig eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle und eine persönliche Identifikationsnummer (PIN) zur Verfügung zu stellen, soweit dies noch nicht erfolgt ist,</p>
	<p>3. Versicherten, die bis zum 31. Dezember 2022 eine elektronische Patientenakte beantragt haben, bis spätestens zum 30. Juni 2023 eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle und eine PIN zur Verfügung zu stellen, soweit dies noch nicht erfolgt ist, und</p>
	<p>4. Versicherten ab dem 1. November 2023 als Verfahren zur nachträglichen, sicheren Identifikation nach § 336 Absatz 5 Nummer 3 und zur sicheren Identifikation nach § 336 Absatz 6 auch die Nutzung eines elektronischen Identitätsnachweises nach § 18 des Personalausweisgesetzes, nach § 12 des eID-Karte-Gesetzes oder nach § 78 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes anzubieten.“</p>
<p>b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:</p>	<p>c) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„(3a) Bei der Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten mit einer kontaktlosen Schnittstelle nach Absatz 3 informieren die Krankenkassen Versicherte barrierefrei über</p>	
<p>1. die Möglichkeit und das Verfahren, eine zugehörige persönliche Identifikationsnummer (PIN) beantragen zu können und</p>	
<p>2. die Nutzungsmöglichkeiten solcher Karten für Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 4, 6 und 7.</p>	
<p>Die Krankenkassen informieren nach Satz 1 auch die Versicherten, denen eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle ohne diese Informationen zur Verfügung gestellt wurde. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Bundesministerium für Gesundheit halbjährlich beginnend ab dem 1. Januar 2023 über die jeweilige Anzahl der von den einzelnen Kassen an die Versicherten ausgegebenen elektronischen Gesundheitskarten mit einer kontaktlosen Schnittstelle und die jeweilige Anzahl der an die Versicherten versendeten PINs.“	
c) In Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „§ 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 10“ durch die Wörter „§ 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 sowie Nummer 9 und 11“ ersetzt.	d) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Oktober 2023“ ersetzt und werden die Wörter „§ 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 10“ durch die Wörter „§ 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5, 9 und 11“ ersetzt.
d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:	e) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.	bb) In Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.
cc) In Satz 7 wird die Angabe „1. Juli 2022“ durch die Angabe „1. Juli 2023“ ersetzt.	cc) Nach Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Abweichend von Satz 6 kann der Versicherte nach umfassender Information durch die Krankenkasse über die Besonderheiten des Verfahrens in die Nutzung einer digitalen Identität einwilligen, die einem anderen angemessenen Sicherheitsniveau entspricht. Die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität dieses Nutzungsweges der digitalen Identität werden von der Gesellschaft für Telematik festgelegt. Die Festlegung erfolgt hinsichtlich der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.“
	dd) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „1. Juli 2022“ durch die Angabe „1. Juli 2023“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
12. In § 291a Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.	12. u n v e r ä n d e r t
13. § 291b wird wie folgt geändert:	13. § 291b wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ und die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.	
bb) In Satz 3 wird jeweils die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.	
	c) In Absatz 7 werden die Wörter „und Absatz 8“ durch ein Komma und die Wörter „Absatz 8 und § 291a Absatz 4 Satz 2“ ersetzt.
14. In § 304 Absatz 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Punkt die Wörter „sowie Arbeitsunfähigkeitsdaten, die der bisher zuständigen Krankenkasse für Zeiten nach dem Ende der Versicherung übermittelt werden, der neuen Krankenkasse zu übermitteln“ eingefügt.	14. u n v e r ä n d e r t
15. § 311 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	15. u n v e r ä n d e r t
a) In Nummer 10 wird die Angabe „§ 360 Absatz 5“ durch die Angabe „§ 360 Absatz 10“ ersetzt.	
b) In Nummer 11 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.	
c) In Nummer 12 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.	
d) Folgende Nummer 13 wird angefügt:	
„13. Planung, Durchführung und Unterstützung der Erprobungs- und <i>Einführungsphasen</i> von Anwendungen.“	
16. § 312 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	16. § 312 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Nummer 2 wird die Angabe „30. Juni 2021“ durch die Angabe „30. September 2023“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Arzneimittel,“ die Wörter „soweit technisch möglich“ eingefügt.	b) u n v e r ä n d e r t
b) In Nummer 5 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
c) In Nummer 8 wird die Angabe „1. April 2022“ durch die Angabe „1. April 2023“ ersetzt.	d) u n v e r ä n d e r t
17. Nach § 332 werden die folgenden §§ 332a und 332b eingefügt:	17. Nach § 332 werden die folgenden §§ 332a und 332b eingefügt:
„§ 332a	„§ 332a
Unzulässige Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung, die pflegerische Versorgung <i>sowie</i> für Krankenhäuser und Apotheken	Unzulässige Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung, die pflegerische Versorgung, für Krankenhäuser und Apotheken sowie für Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen
(1) Die Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung, die pflegerische Versorgung <i>sowie</i> für Krankenhäuser und <i>Apotheken</i> stellen die diskriminierungsfreie Einbindung aller Komponenten und Dienste sicher, die von der Gesellschaft für Telematik nach § 325 Absatz 2 und 3 zugelassen sind und die zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten bei der Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur erforderlich sind, soweit Schnittstellen vorgegeben oder festgelegt sind. Eine Beschränkung der Einbindung auf bestimmte Hersteller und Anbieter ist unzulässig.	(1) Die Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung, die pflegerische Versorgung <i>sowie</i> für Krankenhäuser, Apotheken, Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen stellen die diskriminierungsfreie Einbindung aller Komponenten und Dienste sicher, die von der Gesellschaft für Telematik nach § 325 Absatz 2 und 3 zugelassen sind und die zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten bei der Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur erforderlich sind, soweit Schnittstellen vorgegeben oder festgelegt sind. Eine Beschränkung der Einbindung auf bestimmte Hersteller und Anbieter ist unzulässig.
(2) Die Einbindung der Komponenten und Dienste nach Absatz 1 erfolgt ohne zusätzliche Kosten für die Nutzer der informationstechnischen Systeme. Direkte oder indirekte Kosten im Zusammenhang mit der Wahl eines Herstellers oder Anbieters sind unzulässig.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Die Verpflichtungen aus Absatz 1 sind spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages ein Jahr nach Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes] umzusetzen.	(3) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 332b	§ 332b
Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme	Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme
Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können für die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer Rahmenvereinbarungen mit den Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung zu Leistungspflichten, Preisen, Laufzeiten und Kündigungsfristen abschließen.“	Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können für die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer Rahmenvereinbarungen mit den Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung zu Leistungspflichten, Vertragsstrafen , Preisen, Laufzeiten und Kündigungsfristen abschließen.“
18. In § 334 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	18. u n v e r ä n d e r t
19. § 336 wird wie folgt geändert:	19. § 336 wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Die für ein geeignetes technisches Verfahren nach Satz 1 erforderliche Identifizierung der Versicherten kann auch in einer Apotheke durchgeführt werden.“	
b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
c) „Die für ein geeignetes technisches Verfahren nach Satz 1 erforderliche Identifizierung der Versicherten kann auch in einer Apotheke durchgeführt werden.“	c) u n v e r ä n d e r t
d) Folgender Absatz 8 wird angefügt:	d) Folgender Absatz 8 wird angefügt:
„(8) Die Gesellschaft für Telematik legt bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] im <i>Behmen</i> mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit die erforderlichen technischen Vorgaben für die Identifizierung der Versicherten nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 fest. Die Gesellschaft für Telematik kann den Apotheken Dienste zur Durchführung der Identifizierung der Versicherten zur Verfügung stellen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu	„(8) Die Gesellschaft für Telematik legt bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit die erforderlichen technischen Vorgaben für die Identifizierung der Versicherten nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 fest. Die Gesellschaft für Telematik kann den Apotheken Dienste zur Durchführung der Identifizierung der Versicherten zur Verfügung stellen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
regeln zu der Durchführung der Identifizierung der Versicherten sowie der Vergütung und Abrechnung der Apotheken für die Durchführung der Identifizierung der Versicherten.“	regeln zu der Durchführung der Identifizierung der Versicherten sowie der Vergütung und Abrechnung der Apotheken für die Durchführung der Identifizierung der Versicherten.“
20. In § 340 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „30. Juni 2023“ ersetzt.	20. § 340 wird wie folgt geändert :
	aa) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „30. Juni 2023“ ersetzt.
	bb) In Absatz 7 wird die Angabe „1. Januar 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.
21. In § 341 Absatz 2 Nummer 10 wird nach der Angabe „39c“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „des Siebten Buches und“ die Wörter „der Pflege“ eingefügt.	21. u n v e r ä n d e r t
22. § 342 wird wie folgt geändert:	22. § 342 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:	aa) u n v e r ä n d e r t
„3. zusätzlich spätestens sechs Monate, nachdem das dafür bestimmte Register zur Verfügung steht, die Versicherten mittels der Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts und unter Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte oder einer digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 die Abgabe, Änderung sowie den Widerruf einer elektronischen Erklärung zur Organ- und Gewebespende in dem Register vornehmen können, und“.	
bb) Nummer 4 wird wie folgt geändert:	bb) u n v e r ä n d e r t
aaa) In Buchstabe a wird die Angabe „10,“ gestrichen.	
bbb) Buchstabe b wird aufgehoben.	
ccc) Buchstabe c wird Buchstabe b.	
ddd) Buchstabe d wird aufgehoben.	
eee) Buchstabe e wird Buchstabe c.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cc) Nach Nummer 4 werden die folgenden Nummern 5 bis 7 eingefügt:	cc) Nach Nummer 4 werden die folgenden Nummern 5 bis 7 eingefügt:
„5. zusätzlich spätestens ab dem 1. Juli 2023 die Versicherten oder durch sie befugte Vertreter die Daten, die in der elektronischen Patientenakte gespeichert sind, gemäß § 363 zu Forschungszwecken zur Verfügung stellen können und	„5. zusätzlich spätestens ab dem 1. Januar 2024 die Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 10 zur Verfügung gestellt werden können,
6. zusätzlich spätestens ab dem 1. Januar 2024 die Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 10 zur Verfügung gestellt werden können und	6. zusätzlich spätestens ab dem 1. Juli 2024 die Versicherten oder durch sie befugte Vertreter die Daten, die in der elektronischen Patientenakte gespeichert sind, nach § 363 zu Forschungszwecken zur Verfügung stellen können,
7. zusätzlich spätestens ab dem 1. August 2024 die Versicherten den Sofortnachrichtendienst mit Leistungserbringern und mit Krankenkassen als sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 über die Benutzeroberfläche nach Nummer 1 Buchstabe b nutzen können und“.	7. u n v e r ä n d e r t
dd) Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 8 und die Angabe „1. Juli 2023“ wird durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	dd) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
23. § 355 wird wie folgt geändert:	23. § 355 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) In dem Satzteil vor der Aufzählung werden nach den Wörtern „Nummer 7 notwendigen Festlegungen“ die Wörter „und Vorgaben für deren Einsatz und Verwendung“ eingefügt.	
bbb) In Nummer 8 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ccc) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.	
ddd) Folgende Nummer 10 wird angefügt:	
„10. der Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen.“	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Für die Anpassung der informationstechnischen Systeme an die Festlegungen nach diesem Absatz stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Herstellern informationstechnischer Systeme und Krankenkassen Darstellungen zur Visualisierung der Informationsobjekte zur Verfügung.“	
b) In Absatz 2 werden nach den Wörtern „Benehmens nach Absatz 1“ die Wörter „sowie zur vorherigen Herstellung des Benehmens der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 zu Beteiligten bei der Planung von Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die semantische und syntaktische Interoperabilität“ eingefügt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) In Absatz 2a Satz 2 werden die Wörter „zum Ende jedes Kalenderhalbjahres“ durch das Wort „fortlaufend“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
d) In Absatz 2c Satz 1 wird die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „30. Juni 2023“ ersetzt.	d) In Absatz 2c Satz 1 wird die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2023“ ersetzt.
e) In Absatz 8 Satz 1 werden nach den Wörtern „Gesellschaft für Telematik“ die Wörter „kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung zusätzlich zu den Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 mit der Festlegung von ihr vorgegebener Informationsobjekte beauftragen und“ eingefügt und wird das Wort „Aufgabe“ durch das Wort „Aufgaben“ ersetzt.	e) u n v e r ä n d e r t
f) Absatz 11 wird wie folgt gefasst:	f) u n v e r ä n d e r t
„(11) Die Kosten, die im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 8 Satz 1 unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entstehen, sind durch die Gesell-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>schaft für Telematik zu erstatten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterrichtet die Gesellschaft für Telematik bis zum 1. September eines jeden Jahres über die voraussichtlich entstehenden Kosten im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 8 Satz 1 des Folgejahres. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt der Gesellschaft für Telematik die für die Rechnungsprüfung notwendigen Unterlagen zur Verfügung. Die Gesellschaft für Telematik legt die weiteren Einzelheiten der Kostenerstattung einvernehmlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fest. Beauftragt die Gesellschaft für Telematik die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach Absatz 8 Satz 2 mit der Erstellung von Festlegungen nach den Absätzen 1 und 8, gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.“</p>	
24. § 356 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	24. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	
b) In Satz 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.	
25. § 357 wird wie folgt geändert:	25. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Nummer 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „mit einem Zugriff, der das Auslesen, die Speicherung und die Verwendung von Daten ermöglicht, soweit dies für die Versorgung des Versicherten erforderlich ist“ eingefügt.	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	
bb) In Satz 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.	
26. § 358 wird wie folgt geändert:	26. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	
bb) In Satz 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.	
c) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	
d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	
bb) In Satz 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.	
27. § 360 wird wie folgt geändert:	27. § 360 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Juli 2024“ ersetzt.	aa) In Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Juli 2025“ ersetzt.
bb) Folgender Satz wird angefügt:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Die Verpflichtung nach Satz 1 gilt nicht für Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die aufgrund gesetzlicher Regelungen einer bestimmten Apotheke oder einer gemäß § 47 Absatz 1 Nummer 5 des Arzneimittelgesetzes benannten Stelle zugewiesen werden dürfen.“	
b) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Juli 2024“ ersetzt.	b) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Juli 2025“ ersetzt.
c) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. April 2024“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 10 Satz 2 wird aufgehoben.	d) u n v e r ä n d e r t
e) In Absatz 13 Satz 3 werden nach dem Wort „Rechnungsdaten“ die Wörter „zum Zweck der Korrektur fehlerhafter Daten mit zugriffsberechtigten Leistungserbringern und anderen zugriffsberechtigten Personen nach § 361 Absatz 1 und“ eingefügt.	e) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
f) In Absatz 14 wird das Wort „sowie“ durch die Wörter „und, soweit technisch möglich,“ ersetzt.	f) u n v e r ä n d e r t
28. Nach § 361 wird folgender § 361a eingefügt:	28. Nach § 361 wird folgender § 361a eingefügt:
„§ 361a	„§ 361a
Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung	Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung
(1) Über Schnittstellen in den Diensten nach § 360 Absatz 1 müssen Daten aus elektronischen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an folgende an die Telematikinfrastruktur angeschlossene und mit den Mitteln der Telematikinfrastruktur authentifizierte Berechtigte übermittelt werden können:	(1) u n v e r ä n d e r t
1. Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a, sofern die Daten für den bestimmungsgemäßen Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendung durch die jeweiligen Versicherten erforderlich sind und die jeweiligen Versicherten diese digitale Gesundheitsanwendung nutzen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Krankenkassen der jeweiligen Versicherten, soweit dies für individuelle Angebote zur Verbesserung der Versorgung der jeweiligen Versicherten sowie zur Bewilligung von Leistungen vor einer Inanspruchnahme verordneter Leistungen erforderlich ist,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Unternehmen der privaten Krankenversicherung der jeweiligen Versicherten, soweit dies für individuelle Angebote zur Verbesserung der Versorgung oder zu Abrechnungszwecken erforderlich ist,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Apotheken, sofern die Daten im Rahmen des Apothekenbetriebs zur Unterstützung der Versorgung der Patienten erforderlich sind,	4. u n v e r ä n d e r t
5. Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, die in einem Behandlungsverhältnis mit den jeweiligen Versicherten stehen, soweit dies zur Unterstützung der Behandlung erforderlich ist,	5. u n v e r ä n d e r t
6. Krankenhäuser, die in einem Behandlungsverhältnis mit den jeweiligen Versicherten stehen, soweit dies zur Unterstützung der Behandlung erforderlich ist.	6. Krankenhäuser, die in einem Behandlungsverhältnis mit den jeweiligen Versicherten stehen, soweit dies zur Unterstützung der Behandlung erforderlich ist,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>7. Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen, die in einem Behandlungsverhältnis mit dem jeweiligen Versicherten stehen, soweit dies zur Unterstützung der Behandlung erforderlich ist.</p>
<p>Die elektronischen Zugangsdaten, die die Einlösung einer elektronischen Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ermöglichen, dürfen nicht über die Schnittstellen nach Satz 1 übermittelt werden.</p>	<p>Die elektronischen Zugangsdaten, die die Einlösung einer elektronischen Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ermöglichen, dürfen nicht über die Schnittstellen nach Satz 1 übermittelt werden.</p>
<p>(2) Die Übermittlung von Daten aus einer vertragsärztlichen elektronischen Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an einen Berechtigten nach Absatz 1 und die weitere Verarbeitung durch diesen Berechtigten bedarf der Einwilligung des Versicherten.</p>	<p>(2) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(3) Die Daten nach Absatz 1 dürfen von den dort genannten Berechtigten nur zu den dort genannten Zwecken verarbeitet werden. Diese Verarbeitung darf die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Gewährleistung von Datensicherheit und Datenschutz sowie die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der vertragsärztlichen elektronischen Verordnung nicht beeinträchtigen. Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit die durch die Berechtigten nach Absatz 1 zu erfüllenden Vorgaben bezüglich Datensicherheit und Datenschutz.</p>	<p>(3) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(4) Unmittelbar nach einer Übermittlung von Daten nach Absatz 1 wird den jeweiligen Versicherten eine umfassende Dokumentation der Datenübermittlung barrierefrei zur Verfügung gestellt.</p>	<p>(4) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(5) Die Gesellschaft für Telematik betreibt die Schnittstelle nach Absatz 1 und stellt sie den dort genannten Berechtigten diskriminierungsfrei und kostenfrei zur Verfügung. Zu diesem Zweck stellt sie die erforderlichen Informationen zur technischen Beschaffenheit der Schnittstelle sowie über die Möglichkeit zu deren Nutzung auf ihrer Internetseite allgemein zugänglich bereit.</p>	<p>(5) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im <i>Benehmen</i> mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Si-</p>	<p>(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik durch</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cherheit in der Informationstechnik durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats Folgendes zu regeln:	Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats Folgendes zu regeln:
1. die Fristen, zu denen die Schnittstellen nach Absatz 1 bereitgestellt werden müssen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. welche Daten nach den Absätzen 1 bis 3 zu welchen Verarbeitungszwecken übermittelt werden dürfen,	2. u n v e r ä n d e r t
3. zu welchen Zwecken welche Daten von den Empfangsberechtigten nach Absatz 1 verarbeitet werden dürfen,	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Informationen, die den Versicherten barrierefrei zur Verfügung zu stellen sind,	4. u n v e r ä n d e r t
5. die Anforderungen an die Abgabe, die Änderung und den Widerruf der Einwilligungserklärung nach Absatz 2 Satz 1 einschließlich der Möglichkeit, die Einwilligung auf bestimmte Zeiträume, bestimmte elektronische Verordnungen oder bestimmte Datenfelder der elektronischen Verordnung zu beschränken,	5. u n v e r ä n d e r t
6. die technischen Einzelheiten der Datenübermittlung und	6. u n v e r ä n d e r t
7. die Dokumentation der Datenübermittlung nach Absatz 4.“	7. u n v e r ä n d e r t
	28a. § 374a wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ jeweils durch die Angabe „1. Juli 2025“ ersetzt.
	b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
	„(4) Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Oktober 2023 im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die erforderlichen technischen Festlegungen für die Übermittlung von Daten nach Absatz 1 Satz 1, insbesondere zur sicheren gegenseitigen Identifizierung der Produkte bei der Datenübertragung, zu treffen. Die Gesellschaft für Telematik darf technische Dienste zur sicheren gegenseitigen Identifizierung der Produkte

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nach Maßgabe der technischen Festlegungen nach Satz 1 betreiben.“
	28b. § 376 wird wie folgt gefasst:
	„§ 376
	Finanzierung
	Nach den §§ 377 bis 382 werden den Leistungserbringern folgende Kosten erstattet:
	1. die Kosten der aufgrund von Anforderungen nach diesem Gesetz erforderlichen Ausstattung, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur entstehen, und
	2. die erforderlichen Betriebskosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen.“
	28c. In § 377 Absatz 1 wird nach der Angabe „§ 376“ die Angabe „Satz 1“ gestrichen.
	28d. Die §§ 378 und 379 werden wie folgt gefasst:
	„§ 378
	Finanzierung der den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten
	(1) Zum Ausgleich der in § 376 genannten Kosten der Ausstattung und Betriebskosten erhalten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ab dem 1. Juli 2023 eine monatliche Pauschale (TI-Pauschale) von den Krankenkassen.
	(2) Das Nähere zur Höhe und zu den der Berechnung zugrunde zu legenden Komponenten und Diensten sowie zur Abrechnung der TI-Pauschale vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bis zum 30. April 2023 in den Bundesmantelverträgen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig bis zum 30. April 2023 zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit den Vereinbarungsinhalt innerhalb von zwei

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Monaten nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist fest.
	(3) In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 ist auch das Nähere zum Umfang und Nachweis der Ausstattung mit den aufgrund der Anforderungen nach diesem Gesetz erforderlichen Komponenten und Dienste zu regeln. Ebenso ist zu vereinbaren, welche Komponenten und Dienste nach Satz 1 zum jeweiligen Monat, für den die TI-Pauschale gezahlt wird, vorhanden sein müssen.
	(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 legen in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 auch die Einzelheiten hinsichtlich des Übergangs zu der erstmaligen Anwendung der TI-Pauschale fest.
	(5) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren im Abstand von jeweils zwei Jahren, erstmals zum ... [einsetzen: 2 Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 9 Absatz 1] Anpassungen der Höhe der TI-Pauschale, sofern diese erforderlich sind. Wird eine Änderung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist vereinbart, gilt die jeweils bestehende Vereinbarung zur Höhe der TI-Pauschale bis zur Vereinbarung einer Änderung nach Satz 1 fort.
	§ 379
	Finanzierung der den Apotheken entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten
	(1) Zum Ausgleich der in § 376 genannten Kosten der Ausstattung und Betriebskosten erhalten Apotheken ab dem 1. Juli 2023 eine monatliche Pauschale (TI-Pauschale) von den Krankenkassen.
	(2) Das Nähere zur Höhe und zu den der Berechnung zugrunde zu legenden Komponenten und Diensten sowie zur Abrechnung der TI-Pauschale vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30. April 2023. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig bis zum 30. April 2023 zustande, legt das Bundesministerium für

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Gesundheit den Vereinbarungsinhalt innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist fest. § 378 Absatz 3 bis 5 gilt entsprechend.“
	28e. In § 380 Absatz 1 und 2 wird nach der Angabe „§ 376“ jeweils die Angabe „Satz 1“ gestrichen.
	28f. § 381 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „§ 376“ die Angabe „Satz 1“ gestrichen.
	b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Für Rehabilitationseinrichtungen, die ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erbringen, kann ein von Satz 2 abweichendes Verfahren vereinbart werden.“
	28g. Dem § 385 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Die Gesellschaft für Telematik betreibt das Interoperabilitätsverzeichnis ab dem 1. Februar 2023 über die Wissensplattform nach § 7 Absatz 1 der IOP-Governance-Verordnung.“
29. In § 394a Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie Regelungen zu treffen für die Erhebung von Gebühren und Auslagen für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen, die durch die Koordinierungsstelle oder das Expertengremium erbracht werden“ eingefügt.	29. un v e r ä n d e r t
30. § 397 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	30. un v e r ä n d e r t
a) Der Nummer 1 wird folgende Nummer 1 vorangestellt:	
„1. entgegen § 332a Absatz 1 Satz 2 die dort genannte Einbindung beschränkt.“	
b) Die bisherigen Nummern 1 bis 3 werden die Nummern 2 bis 4.	
	31. Dem § 418 wird folgender Satz angefügt:
	„In der Vereinbarung nach § 130a Absatz 3c Satz 6 kann von § 130a Absatz 3c Satz 7 abgewichen werden, sofern Verträge nach § 130a Absatz 8 eine wirtschaftliche Versorgung sicherstellen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	32. Folgender § 419 wird angefügt:
	„§ 419
	Übergangsregelung zur Besetzung der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen
	§ 79 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz und Satz 2 zweiter Halbsatz findet keine Anwendung auf Vorstände, deren Mitglieder vor dem ... [einsetzen: Datum des auf die 3. Lesung dieses Gesetzes im Deutschen Bundestag folgenden Tages] von der Vertreterversammlung wirksam gewählt wurden.“
	Artikel 1a
	Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	Dem § 355 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden die folgenden Absätze 12 und 13 angefügt:
	„(12) Die Gesellschaft für Telematik errichtet und betreibt eine Plattform, auf der medizinische Klassifikationen, Terminologien, Nomenklaturen und weitere semantische Standards für das deutsche Gesundheitswesen bereitgestellt und von Nutzern in geeigneter Form abgerufen werden können (Terminologieserver). Der Terminologieserver dient insbesondere der zentralen Bereitstellung sowie der Versionierung.
	(13) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte koordiniert die Bereitstellung, Pflege und Fortschreibung der medizinischen Klassifikationen, Terminologien, Nomenklaturen und weiteren semantischen Standards auf dem Terminologieserver und stimmt diese im Rahmen des in Absatz 7 genannten nationalen Kompetenzzentrums für medizinische Terminologien mit den Nutzern des Terminologieservers sowie der Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen nach § 3 Absatz 1 der IOP-Governance-Verordnung ab.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 1b
	Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	Dem § 355 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1a dieses Gesetzes geändert worden ist, wird folgender Absatz 14 angefügt:
	„(14) Bei der Gesellschaft für Telematik unmittelbar für die Erfüllung der in Absatz 12 genannten Aufgabe entstehende Kosten werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte getragen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt die Einzelheiten der Kostenerstattung im Einvernehmen mit der Gesellschaft für Telematik fest.“
Artikel 2	Artikel 2
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	u n v e r ä n d e r t
	0. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 4 die folgende Angabe zu § 4a eingefügt:
	„§ 4a Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen“.
	0a. Dem § 1 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
	„Die nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten oder nach § 115f Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmten Leistungen werden für alle Benutzer und Benutzerinnen des Krankenhauses einheitlich nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	0b. Dem § 2 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
	„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft veröffentlicht bis zum 31. Dezember 2023 die Höhe von Vergütungen für telekonsiliarärztliche Leistungen, die zwischen Krankenhäusern erbracht werden.“
	0c. Nach § 3 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:
	„1a. ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a,“.
1. In § 4 Absatz 2a Satz 10 werden die Wörter „Satz 9 findet“ durch die Wörter „Satz 8 Nummer 4 und Satz 9 finden“ ersetzt.	1. § 4 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Es umfasst“ die Wörter „nicht das Erlösvolumen nach § 4a,“ eingefügt.
	b) In Absatz 2a Satz 10 werden die Wörter „Satz 9 findet“ durch die Wörter „Satz 8 Nummer 4 und Satz 9 finden“ ersetzt.
	c) Absatz 9 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:
	aaa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
	aaaa) In Buchstabe a wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
	bbbb) In Buchstabe c werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und in Höhe von 30 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2023 bis 2025“ eingefügt.
	bbb) Nummer 2 wird durch die folgenden Nummern 2 und 3 ersetzt:
	„2. in den Jahren 2016 bis 2025 begonnene Weiterbildungen zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>und Infektiologie durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro, ab dem Jahr 2023 in Höhe von jährlich 40 000 Euro,</p>
	<p>3. in den Jahren 2016 bis 2025 begonnene Zusatz-Weiterbildungen Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von einmalig 30 000 Euro,“.</p>
	<p>ccc) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.</p>
	<p>bb) In Satz 6 werden die Wörter „Buchstabe a und e“ durch die Wörter „und Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b“ ersetzt.</p>
	<p>1a. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:</p>
	<p>„§ 4a</p>
	<p>Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen</p>
	<p>(1) Als Grundlage der Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für die Jahre 2023 und 2024 (Anwendungsjahre) berechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 übermittelten Daten die im Jahr 2019 für die maßgeblichen Fälle nach Satz 3 erbrachte Summe der effektiven Bewertungsrelationen je Krankenhaus. Dabei sind die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Für die Ermittlung eines krankenhausesindividuellen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für das jeweilige Anwendungsjahr ist die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>jeweils vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit dem für das jeweilige Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert zu multiplizieren; wurde ein Landesbasisfallwert für das jeweilige Anwendungsjahr noch nicht vereinbart oder festgesetzt, ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus das jeweilige krankenhausesindividuelle Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, indem es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem Landesbasisfallwert multipliziert, der für das dem jeweiligen Anwendungsjahr vorausgehende Jahr vereinbart oder festgesetzt worden ist und der um den für das jeweilige Anwendungsjahr maßgeblichen Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zu erhöhen ist. Das nach Satz 4 ermittelte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2023 ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 1 und das nach Satz 4 ermittelte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2024 ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 2 zu erhöhen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht das nach Satz 5 für das Jahr 2023 ermittelte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen und den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 1 bis zum ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1] sowie das nach Satz 5 für das Jahr 2024 ermittelte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen und den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 2 bis zum 15. Dezember 2023 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt ein aktualisiertes krankenhausesindividuelles Erlösvolumen für das Jahr 2023, indem es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2023 multipliziert und das sich ergebende Erlösvolumen um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 3 erhöht, und veröffentlicht das aktualisierte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2023 bis zum 15. Mai 2023 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt ein aktualisiertes krankenhausesindividuelles Erlösvolumen für das Jahr 2024, indem</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 multipliziert und das sich ergebende Erlösvolumen um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 4 erhöht, und veröffentlicht das aktualisierte krankenhausindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2024 bis zum 15. Mai 2024 barrierefrei auf seiner Internetseite.</p>
	<p>(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen Prozentsatz für das Jahr 2023 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe der für das Jahr 2023 nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten krankenhausindividuellen Erlösvolumina, die um 90 Millionen Euro zu erhöhen ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen Prozentsatz für das Jahr 2024 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe der für das Jahr 2024 nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten krankenhausindividuellen Erlösvolumina, die um 90 Millionen Euro zu erhöhen ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen aktualisierten Prozentsatz für das Jahr 2023, indem es jeweils die nach Absatz 1 Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen je Krankenhaus mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2023 multipliziert, die Ergebnisse dieser Multiplikation addiert, die sich ergebende Summe mit einem Betrag in Höhe von 90 Millionen Euro zu einem Gesamtbetrag addiert und den Betrag in Höhe von 300 Millionen zu diesem Gesamtbetrag ins Verhältnis setzt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen aktualisierten Prozentsatz für das Jahr 2024, indem es jeweils die nach Absatz 1 Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen je Krankenhaus mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 multipliziert, die Ergebnisse dieser Multiplikation addiert, die sich ergebende Summe mit einem Betrag in Höhe von 90 Millionen Euro zu einem Gesamtbetrag addiert und den Betrag in Höhe von 300 Millionen zu diesem Gesamtbetrag ins Verhältnis setzt. Die nach den Sätzen 1 bis 4 berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden.</p>
	<p>(3) Die nach Absatz 1 Satz 7 und 8 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumina sowie</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>die nach Absatz 4 Satz 3 und 4 berechneten Zuschläge sind zweckgebunden für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verwenden. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien nach § 11 bei Abschluss der nächsten nach Ablauf des jeweiligen Anwendungsjahres zu treffenden Vereinbarung nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht oder für die das Krankenhaus glaubhaft dargelegt hat, inwieweit die Mittel zweckentsprechend verwendet wurden. Mittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind zurückzuzahlen; die näheren Einzelheiten vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11.</p>
	<p>(4) Zur Auszahlung des nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2023 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumens berechnet das Krankenhaus für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 1 auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und weist diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus. Zur Auszahlung des nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2024 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumens berechnet das Krankenhaus für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 2 auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und weist diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus. Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die im Jahr 2023 von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind, berechnen für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 1 auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus. Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die im Jahr 2024 von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind, berechnen für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 2 auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus.</p>
	<p>(5) Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr 2023 oder 2024 entfallenden Erlöse aus im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 für die Versorgung der maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3 einschließlich des jeweiligen Zuschlags nach Absatz 4 von dem nach Absatz 1 Satz 7 oder Satz 8 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumen des jeweiligen Kalenderjahres ab, werden Mindererlöse bei einer Unterschreitung des nach Absatz 1 Satz 7 oder Satz 8 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumens von bis zu 20 Prozent vollständig und Mehrerlöse zu 65 Prozent ausgeglichen. Mindererlöse bei einer Unterschreitung des nach Absatz 1 Satz 7 oder Satz 8 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumens von mehr als 20 Prozent sind in Höhe von 65 Prozent auszugleichen. Vollständig auszugleichen sind abweichend von Satz 1 Mehrerlöse,</p>
	<p>1. die daraus resultieren, dass das nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2023 ermittelte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen das nach Absatz 1 Satz 7 ermittelte und aktualisierte Erlösvolumen übersteigt,</p>
	<p>2. die daraus resultieren, dass das nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2024 ermittelte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen das nach Absatz 1 Satz 8 ermittelte und aktualisierte Erlösvolumen übersteigt oder</p>
	<p>3. die aus der Erhebung des Zuschlags nach Absatz 4 resultieren.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Die Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 können eine von den Sätzen 1 und 2 abweichende Ausgleichshöhe vereinbaren, um unzumutbare Härten zu vermeiden. Die Mehr- und Mindererlöse sind über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen. Für den Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen von besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt § 6 Absatz 3 Satz 6 mit der Maßgabe, dass Mehrerlöse, die aus der Erhebung der Zuschläge nach Absatz 4 Satz 3 und 4 resultieren, nicht auszugleichen sind.</p>
	<p>(6) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes berichten dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2024 unter Berücksichtigung der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer nach Absatz 3 Satz 2 für das Jahr 2023 gemeinsam über die Auswirkungen des nach Absatz 1 Satz 7 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumens.“</p>
	<p>1b. Nach § 5 Absatz 2a werden die folgenden Absätze 2b und 2c eingefügt:</p>
	<p>„(2b) Zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern erheben Krankenhäuser für ihre Standorte, für die die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Satz 2 die Höhe eines standortindividuellen Förderbetrages festgelegt hat, in den Jahren 2023 und 2024 gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern einen vom Krankenhausträger zu ermittelnden Zuschlag nach Absatz 2c. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde legt bis zum 31. März der Jahre 2023 und 2024 jeweils die Höhe eines standortindividuellen Förderbetrages zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern für Krankenhausstandorte fest, die eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten und die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde als bedarfsnotwendig bestimmt werden. Dabei sind für die Krankenhausstandorte im Gebiet des jeweiligen Landes für die Jahre 2023 und 2024 jeweils insgesamt Förderbeträge in folgender Höhe festzulegen:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Baden-Württemberg 15 648 732 Euro
	Bayern 18 672 864 Euro
	Berlin 6 227 940 Euro
	Brandenburg 3 635 844 Euro
	Bremen 1 144 548 Euro
	Hamburg 3 124 116 Euro
	Hessen 8 924 508 Euro
	Mecklenburg-Vorpommern 2 376 540 Euro
	Niedersachsen 11 274 396 Euro
	Nordrhein-Westfalen 25 291 104 Euro
	Rheinland-Pfalz 5 782 176 Euro
	Saarland 1 437 924 Euro
	Sachsen 5 978 496 Euro
	Sachsen-Anhalt 3 235 344 Euro
	Schleswig-Holstein 4 086 936 Euro
	Thüringen 3 158 532 Euro.
	Bei der Festlegung nach Satz 2 sind zu berücksichtigen:
	1. die Vorhaltung einer Fachabteilung für Pädiatrie am jeweiligen Krankenhausstandort,
	2. die Vorhaltung einer Fachabteilung für Neonatologie am jeweiligen Krankenhausstandort,
	3. der Anteil vaginaler Geburten am jeweiligen Krankenhausstandort,
	4. die Geburtenanzahl am jeweiligen Krankenhausstandort,
	5. die Durchführung von Praxiseinsätzen im Rahmen des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums am jeweiligen Krankenhausstandort.
	Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat den Vertragsparteien nach § 11 und dem Bundesministerium für Gesundheit die Höhe des aufgrund der Festlegung nach Satz 2 auf den einzelnen Krankenhausstandort entfallenden Förderbetrages und die

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Information, inwieweit die von ihr für die Festlegung des standortindividuellen Förderbetrages zugrunde gelegten Kriterien maßgeblich waren, jeweils bis zum 31. März der Jahre 2023 und 2024 mitzuteilen.</p>
	<p>(2c) Die Abrechnung des nach Absatz 2b Satz 2 festgelegten standortindividuellen Förderbetrages erfolgt gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern durch einen vom Krankenhausträger zu ermittelnden Zuschlag, der sich ergibt, indem die nach Absatz 2b Satz 2 für den jeweiligen Krankenhausstandort festgelegte Höhe des standortindividuellen Förderbetrages durch die Anzahl der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhausstandortes in dem dem Jahr 2023 oder 2024 jeweils vorangegangenen Kalenderjahr geteilt wird. Der nach Satz 1 berechnete Zuschlag für das Jahr 2023 ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2023 und dem 31. Dezember 2023 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Der nach Satz 1 berechnete Zuschlag für das Jahr 2024 ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2024 und dem 31. Dezember 2024 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Abweichend von den Sätzen 2 und 3 sind Zuschläge, die auf die Fälle entfallen, die für das Jahr 2023 oder 2024 vor der jeweiligen Festlegung der Höhe des standortindividuellen Förderbetrages durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde abgerechnet worden sind, nicht für diese Fälle abzurechnen, sondern durch entsprechende Erhöhung des Zuschlags für die Fälle des verbleibenden Kalenderjahres abzurechnen; hierzu ermittelt der Krankenhausträger die Höhe des Zuschlags für die Fälle des verbleibenden Kalenderjahres, indem er den standortindividuellen Förderbetrag durch die erwartete Zahl der Fälle des verbleibenden Kalenderjahres teilt. Sofern die abgerechnete Summe der Zuschläge für das jeweilige Kalenderjahr von der nach Absatz 2b Satz 2 festgelegten Höhe des standortindividuellen Förderbetrages abweicht, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Der nach Absatz 2b</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Satz 2 festgelegte standortindividuelle Förderbetrag ist zweckgebunden für die Finanzierung von voll- und teilstationären Leistungen der Geburtshilfe zu verwenden. Der Krankenhaus-träger hat den anderen Vertragsparteien nach § 11 bei Abschluss der nächsten nach Ablauf des Jahres 2023 oder 2024 jeweils zu treffenden Vereinbarung nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht oder für die das Krankenhaus glaubhaft dargelegt hat, inwieweit der nach Absatz 2b Satz 2 festgelegte standortindividuelle Förderbetrag zweckentsprechend verwendet wurde. Mittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind zurückzuzahlen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. März 2023 das Nähere zur Abrechnung und zur Nachweisführung der zweckentsprechenden Mittelverwendung des nach Absatz 2b Satz 2 festgelegten standorthausindividuellen Förderbetrages.“</p>
	<p>1c. § 5 Absatz 3h wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Krankenhausgesellschaft“ die Wörter „bis zum 30. Juni 2023“ eingefügt.</p>
	<p>b) Folgender Satz wird angefügt:</p>
	<p>„Kommt die Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von zwölf Wochen den Inhalt der Vereinbarung fest.“</p>
<p>2. In § 9 Absatz 1 Nummer 5 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „sowie erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des 28. auf das Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Tages] das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften und zur Abrechnung des Abschlags nach § 11 Absatz 4 Satz 6“ eingefügt.</p>	<p>2. un verändert</p>
<p>3. § 10 Absatz 4 Satz 3 und 6 wird aufgehoben.</p>	<p>3. § 10 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) Absatz 4 Satz 3 und 6 wird aufgehoben.</p>
	<p>b) In Absatz 12 Satz 2 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2026“ und die</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Angabe „2022“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
4. § 11 wird wie folgt geändert:	4. § 11 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Erlösbudget, das neue Pflegebudget und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.“	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) <i>In Satz 1 werden nach dem Wort „Verhandlung“ die Wörter „spätestens bis zum 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll,“ eingefügt und werden die Wörter „und erstmals für das Jahr 2018“ durch ein Komma und die Wörter „die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 und“ ersetzt.</i>	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung spätestens bis zum 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7; soweit zum 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, ein Landesbasisfallwert für das Jahr, für das die Vereinbarung gelten soll, noch nicht nach § 14 Absatz 1 genehmigt wurde, sind die Unterlagen innerhalb von sechs Wochen nach der Genehmigung dieses Landesbasisfallwerts nach § 14 Absatz 1 zu übermitteln.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	bb) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
<p>„Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist, können die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen.“</p>	
cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:	cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:
<p>„Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Zeit vom 1. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 gelten soll, bis einen Monat nach der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 oder nach der Festsetzung nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- oder teilstationären Fall, sofern der Krankenhausträger seinen Pflichten nach Satz 1 oder Satz 4 nicht nachkommt und die anderen Vertragsparteien für die Zeit vor einer möglichen Erhebung eines Abschlags dem Krankenhaus mindestens drei zumutbare Termine für die Verhandlung angeboten haben. Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben den Krankenhausträger und die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</p>	<p>„Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Zeit vom 1. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 gelten soll, bis einen Monat nach der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 oder nach der Festsetzung nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- oder teilstationären Fall, sofern der Krankenhausträger seinen Pflichten nach Satz 1 oder Satz 4 nicht nachkommt und die anderen Vertragsparteien für die Zeit vor einer möglichen Erhebung eines Abschlags dem Krankenhaus mindestens drei zumutbare Termine für die Verhandlung angeboten haben. Der Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist von den Vertragsparteien schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren; bei einer Festsetzung nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 gilt das Datum der Entscheidung der Schiedsstelle. Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungs-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
zum Zeitpunkt der Antragsstellung über den Antrag zu informieren. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde genehmigt die Erhebung des Abschlags innerhalb von vier Wochen ab dem Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung dem geltenden Recht entspricht.“	gesetzes bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben den Krankenhausträger und die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Zeitpunkt der Antragsstellung über den Antrag zu informieren. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde genehmigt die Erhebung des Abschlags innerhalb von vier Wochen ab dem Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung dem geltenden Recht entspricht.“
c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:	c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
„(6) Für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2023, für die bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes] noch keine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 geschlossen wurde, sind von dem Krankenhausträger die in Absatz 4 Satz 1 genannten Daten zu übermitteln	„(6) Für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2025 , für die bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes] noch keine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 geschlossen wurde, sind von dem Krankenhausträger die in Absatz 4 Satz 1 genannten Daten zu übermitteln
1. bis zum ... [einsetzen: Datum des 42. auf das Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Tages] für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2021,	1. bis zum 31. Oktober 2023 für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2021,
2. bis zum 31. März 2023 für den Vereinbarungszeitraum 2022 und	2. bis zum 31. März 2024 für den Vereinbarungszeitraum 2022 und
3. bis zum 30. Juni 2023 für den Vereinbarungszeitraum 2023.	3. bis zum 30. September 2024 für den Vereinbarungszeitraum 2023,
	4. bis zum 31. März 2025 für den Vereinbarungszeitraum 2024 und
	5. bis zum 30. September 2025 für den Vereinbarungszeitraum 2025.
Für die Vorlage der Unterlagen und für die Erteilung von Auskünften gilt Absatz 4 Satz 2 bis 6 mit der Maßgabe, dass der Abschlag nach Absatz 4 Satz 6 <i>im Falle von Satz 1 Nummer 1 vom ... [einsetzen: 222. Tag nach Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes]</i> an zu vereinbaren ist,	Für die Vorlage der Unterlagen und für die Erteilung von Auskünften gilt Absatz 4 Satz 2 bis 9 mit der Maßgabe, dass der Abschlag nach Absatz 4 Satz 6 wie folgt zu vereinbaren ist:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>im Falle von Satz 1 Nummer 2 vom 1. Oktober 2023 an und im Falle von Satz 1 Nummer 3 vom 1. Januar 2024 an. § 13 Absatz 1, 2 und 3 Satz 2 gilt entsprechend.“</i>	
	1. im Fall von Satz 1 Nummer 1 vom 1. Mai 2024 an,
	2. im Fall von Satz 1 Nummer 2 vom 1. Oktober 2024 an,
	3. im Fall von Satz 1 Nummer 3 vom 1. April 2025 an,
	4. im Fall von Satz 1 Nummer 4 vom 1. Oktober 2025 an und
	5. im Fall von Satz 1 Nummer 5 vom 1. April 2026 an.
	§ 13 Absatz 1, 2 und 3 Satz 3 gilt entsprechend.“
5. Dem § 13 wird folgender Absatz 3 angefügt:	5. un verändert
<p>„(3) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für Vereinbarungszeiträume ab dem Vereinbarungszeitraum 2024 nicht bis zum 31. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung abweichend von Absatz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab dem 1. August des Jahres fest. Die Schiedsstelle darf in diesem Fall bei ihrer Entscheidung nur die Daten, Unterlagen und Auskünfte berücksichtigen, die innerhalb der in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannten Fristen übermittelt, vorgelegt und erteilt worden sind; dies gilt auch im Falle von Klagen gegen den Beschluss der Schiedsstelle.“</p>	<p>„(3) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für Vereinbarungszeiträume ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 nicht bis zum 31. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung abweichend von Absatz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab dem 1. August des Jahres fest. Die Fristen nach Satz 1 verlängern sich jeweils um sechs Wochen, wenn die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor Ablauf der Frist nach Satz 1 gegenüber der Schiedsstelle gemeinsam schriftlich oder elektronisch anzeigen, dass sie innerhalb der solchermaßen verlängerten Frist eine Vereinbarung nach § 11 abschließen werden. Die im Schiedsverfahren zu berücksichtigenden Daten, Unterlagen und Auskünfte des Krankenhausträgers oder der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind innerhalb der in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannten Fristen zu übermitteln, vorzulegen oder zu erteilen; nach Ablauf dieser Fristen übermittelte, vorgelegte oder erteilte Daten, Unterlagen und Auskünfte dürfen von der Schiedsstelle nicht berücksichtigt oder im Falle von Klagen gegen die Genehmigung des Beschlusses der Schiedsstelle von dem Gericht nicht zugelassen werden, wenn die Zulassung nach der freien Überzeugung</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der Schiedsstelle oder des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und die Nichteinhaltung der Fristen auf von dem Krankenhausträger oder von einer der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vertretenden Gründen beruht.“
6. In § 14 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ gestrichen.	6. un verändert
	6a. In § 15 Absatz 2a Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „171 Euro“ durch die Angabe „230 Euro“ ersetzt.
7. In § 21 Absatz 5 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch, wenn die übermittelten Daten im Rahmen der Plausibilitätsprüfung von der Datenstelle nicht akzeptiert werden; die Datenstelle legt das Nähere zur Plausibilitätsprüfung fest und veröffentlicht die Festlegungen auf ihrer Internetseite“ eingefügt.	7. un verändert
Artikel 3	Artikel 3
Änderung der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung	Änderung der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung
Die Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung vom 8. April 2020 (BGBl. I S. 768), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. September 2021 (BGBl. I S. 4355; 2022 I S. 463) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung vom 8. April 2020 (BGBl. I S. 768), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. September 2021 (BGBl. I S. 4355; 2022 I S. 463) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 4 wird wie folgt geändert:	1. § 4 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 7 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.	a) In Absatz 7 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.
b) In Absatz 8 wird die Angabe „1. April 2023“ durch die Angabe „1. August 2024“ ersetzt.	b) un verändert
	1a. In § 6a Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 wird die Angabe „1. Januar 2023“ jeweils durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
2. § 7 wird wie folgt geändert:	2. un verändert
a) In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „1. April 2023“ durch die Angabe „1. August 2024“ ersetzt.	
	3. In Anlage 1 wird im Abschnitt „Datensicherheit“ Unterabschnitt „Basisanforderungen, die für alle digitalen Gesundheitsanwendungen gelten“ in Nummer 15a in der dritten Spalte die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
	4. In Anlage 2 wird im Abschnitt „Interoperabilität“ in Nummer 5 in der dritten Spalte die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
Artikel 4	Artikel 4
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. § 2 Nummer 1a Buchstabe g wird wie folgt gefasst:
	„g) im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz, insbesondere für die Berufe Krankenpflegehelfer, Krankenpflegehelferin, Pflegehelfer, Pflegehelferin, Pflegeassistent, Pflegeassistentin, Pflegefachassistent, Pflegefachassistentin,“.
1. In § 10 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Satz 4 bis 6 und Absatz 7“ durch die Wörter „Satz 4 und 5, Absatz 3a und 7“ ersetzt.	1. un verändert
2. § 14a wird wie folgt geändert:	2. un verändert
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 3 werden die Wörter „werden mit Ablauf des Jahres 2023 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung an den Bund zurückgeführt“ durch die Wörter „können vom Bundesamt für Soziale Sicherung zur Deckung seiner Aufwendungen gemäß Absatz 6 Satz 3 verwendet werden“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
„Spätestens mit Ablauf des Jahres 2025 werden durch das Bundesamt für Soziale Sicherung die durch die Länder nicht ausgeschöpften oder durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nicht für andere Aufgaben verwendeten Mittel an den Bund zurückgeführt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit beginnend zum 31. Dezember 2022 halbjährlich über die entstandenen und voraussichtlich entstehenden Aufwendungen.“	
cc) In dem neuen Satz 7 werden nach dem Wort „für“ die Wörter „technische und organisatorische“ eingefügt.	
b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 3 Buchstabe b wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bb) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:	
„4. das Krankenhaus an der Auswertung nach § 14b Satz 3 teilnimmt und“.	
cc) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.	
c) In Absatz 7 Nummer 3 werden nach den Wörtern „der Fördermittel“ die Wörter „während und nach dem Ende der Vorhaben“ eingefügt.	
3. § 14b wird wie folgt gefasst:	3. u n v e r ä n d e r t
„§ 14b	
Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung und Begleitforschung für die digitale Transformation im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds	
Das Bundesministerium für Gesundheit führt zur Evaluation des Krankenhauszukunftsfonds eine Auswertung hinsichtlich der Digitalisierung aller Krankenhäuser und insbesondere der nach	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>§ 14a geförderten Vorhaben sowie eine Begleitforschung zur digitalen Transformation der Krankenhäuser durch. Aus der Evaluation soll sich ergeben, inwieweit die Digitalisierung der Krankenhäuser, der Umgang mit technologischen Innovationen und die Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die Förderung verbessert sowie zukünftige Bedarfe zur digitalen Transformation im Krankenhausbereich identifiziert und geeignete Weiterentwicklungsstrategien entwickelt werden. Im Rahmen einer Auswertung durch eine durch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Forschungseinrichtung ist der Reifegrad aller Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung jeweils zum Stichtag 30. Juni 2021 und 31. Dezember 2023 unter Berücksichtigung von Bewertungskriterien anerkannter Reifegradmodelle festzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 einen weiteren Stichtag festzulegen. Die Empfänger von Fördermitteln nach § 14a übermitteln der vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Reifegradmessung beauftragten Forschungseinrichtung auf deren Anforderung in elektronischer Form die für die Auswertung erforderlichen strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstands digitaler Maßnahmen. Den teilnehmenden Krankenhäusern wird ein Teilnahmezertifikat durch die mit der Reifegradmessung beauftragte Forschungseinrichtung ausgestellt. Die Länder prüfen, ob diejenigen Krankenhäuser, die nach § 14a eine Förderung in dem jeweiligen Land erhalten, an der Reifegradmessung teilgenommen haben und bestätigen die Teilnahme gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung.“</p>	
	<p>3a. In § 17a Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „in der Krankenpflegehilfe“ durch die Wörter „im in § 2 Nummer 1a Buchstabe g genannten Bereich der Pflegehilfe und -assistenz“ ersetzt.</p>
<p>4. § 17b wird wie folgt geändert:</p>	<p>4. u n v e r ä n d e r t</p>
	<p>a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:</p>
	<p>„Zur sachgerechten Abbildung der Kosten von telekonsiliarärztlichen Leistungen haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus spätestens bis zum 30. September 2024 Entgelte zu vereinbaren.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Absatz 3 Satz 5 wird aufgehoben.	b) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:	c) u n v e r ä n d e r t
<p>„(3a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation nach Absatz 3 Satz 4 erforderlichen Daten einen Abschlag von den pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1 je Standort eines Krankenhauses festzulegen. Eine Übermittlung gilt als nicht vollständig, wenn die Daten von weniger als 95 Prozent der für den jeweiligen Standort eines Krankenhauses an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten voll- und teilstationären Krankenhausesfälle verwertbar sind. Der Abschlag nach Satz 1 ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der voll- und teilstationären Krankenhausesfälle, deren Daten durch das Krankenhaus je Krankenhausstandort nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind, mit einem fallbezogenen Abschlagswert. Der fallbezogene Abschlagswert beträgt im ersten Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, 20 Euro je voll- und teilstationären Krankenhausesfall, dessen Daten nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind. Für jedes weitere Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, erhöht sich der fallbezogene Abschlagswert nach Satz 4 um jeweils 10 Euro. Abweichend von den Sätzen 3 bis 5 beträgt der Abschlag nach Satz 1 mindestens 20 000 Euro und höchstens 500 000 Euro pro Jahr der Datenübermittlung. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 über Verstöße und die Höhe des jeweiligen Abschlags nach Satz 1. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 berücksichtigen den Abschlag nach Satz 1 bei der</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Vereinbarung nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 der Bundespflegeverordnung.“	
	d) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Stationen“ jeweils die Wörter „und in Kreißsälen“ eingefügt.
	e) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 1 wird das Wort „und“ am Ende gestrichen.
	bb) In Nummer 2 Buchstabe f wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „und“ ersetzt.
	cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:
	„3. als Hebammen Personen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 des Hebammengesetzes, auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes.“
	dd) In Satz 2 werden nach dem Wort „Stationen“ die Wörter „oder in Kreißsälen“ eingefügt.
5. § 17c wird wie folgt geändert:	5. unverändert
a) Dem Absatz 2b werden die folgenden Sätze angefügt:	
„Für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung hat der Medizinische Dienst die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen die erhobenen Daten und Unterlagen nur für die in Satz 5 genannten Zwecke verarbeiten; eine Zusammenführung ist nur mit Daten des die Erörterung oder die gerichtliche Überprüfung betreffenden Einzelfalles zulässig. Die von dem Medizinischen Dienst übermittelten Daten und Unterlagen sind nach Abschluss der Erörterung oder der gerichtlichen Überprüfung von der Krankenkasse zu löschen. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Medizinischen Dienst Bund mit Wirkung für die	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Krankenkassen und die Medizinischen Dienste.“	
b) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.	
6. In § 17d Absatz 1 Satz 7 wird die Angabe „bis 6“ durch die Wörter „und 5 und Absatz 3a“ ersetzt.	6. § 17d Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 7 wird die Angabe „bis 6“ durch die Wörter „und 5 und Absatz 3a“ ersetzt.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Zur sachgerechten Abbildung der Kosten von telekonsiliarärztlichen Leistungen haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus spätestens bis zum 30. September 2024 Entgelte zu vereinbaren.“
Artikel 5	Artikel 5
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. Dem § 2 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
	„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft veröffentlicht bis zum 31. Dezember 2023 die Höhe von Vergütungen für telekonsiliarärztliche Leistungen, die zwischen Krankenhäusern erbracht werden.“
1. In § 9 Absatz 1 Nummer 6 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „und erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des 28. auf das Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Tages] das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften und zur Abrechnung des Abschlags nach § 11 Absatz 4 Satz 5“ eingefügt.	1. un v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. § 11 wird wie folgt geändert:	2. § 11 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Budget und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.“	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	aa) u n v e r ä n d e r t
aaa) In dem Satzteil vor der Aufzählung werden nach dem Wort „Verhandlung“ die Wörter „spätestens bis zum 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll,“ eingefügt.	
bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „erstmals für das Jahr 2018“ gestrichen.	
bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen, soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist und wenn der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigt. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Zeit vom 1. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 gelten	„Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen, soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist und wenn der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigt. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Zeit vom 1. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 gelten

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>soll, bis einen Monat nach der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 oder nach der Festsetzung nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- oder teilstationären Fall, sofern der Krankenhausträger seinen Pflichten nach Satz 1 oder Satz 4 nicht nachkommt und die anderen Vertragsparteien für die Zeit vor einer möglichen Erhebung eines Abschlags dem Krankenhaus mindestens drei zumutbare Termine für die Verhandlung angeboten haben. Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben den Krankenhausträger und die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Zeitpunkt der Antragsstellung über den Antrag zu informieren. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde genehmigt die Erhebung des Abschlags innerhalb von vier Wochen ab dem Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung dem geltenden Recht entspricht.“</p>	<p>soll, bis einen Monat nach der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 oder nach der Festsetzung nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- oder teilstationären Fall, sofern der Krankenhausträger seinen Pflichten nach Satz 1 oder Satz 4 nicht nachkommt und die anderen Vertragsparteien für die Zeit vor einer möglichen Erhebung eines Abschlags dem Krankenhaus mindestens drei zumutbare Termine für die Verhandlung angeboten haben. Der Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist von den Vertragsparteien schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren; bei einer Festsetzung nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 gilt das Datum der Entscheidung der Schiedsstelle. Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben den Krankenhausträger und die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Zeitpunkt der Antragsstellung über den Antrag zu informieren. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde genehmigt die Erhebung des Abschlags innerhalb von vier Wochen ab dem Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung dem geltenden Recht entspricht.“</p>
<p>c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:</p>	<p>c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:</p>
<p>„(6) Für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2023, für die bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes] noch keine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 geschlossen wurde, sind von dem Krankenhausträger die in Absatz 4 Satz 1 genannten Daten zu übermitteln</p>	<p>„(6) Für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2025, für die bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1] noch keine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 geschlossen wurde, sind von dem Krankenhausträger die in Absatz 4 Satz 1 genannten Daten zu übermitteln</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. bis zum ... <i>[einsetzen: 42. Tag nach dem Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes]</i> für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2021,	1. bis zum 31. Oktober 2023 für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2021,
2. bis zum 31. März 2023 für den Vereinbarungszeitraum 2022 <i>und</i>	2. bis zum 31. März 2024 für den Vereinbarungszeitraum 2022,
3. bis zum 30. Juni 2023 für den Vereinbarungszeitraum 2023.	3. bis zum 30. September 2024 für den Vereinbarungszeitraum 2023,
	4. bis zum 31. März 2025 für den Vereinbarungszeitraum 2024 und
	5. bis zum 30. September 2025 für den Vereinbarungszeitraum 2025.
Für die Vorlage der Unterlagen und für die Erteilung von Auskünften gilt Absatz 4 Satz 2 bis 5 mit der Maßgabe, dass der Abschlag nach Absatz 4 Satz 5 <i>im Falle von Satz 1 Nummer 1 vom ... [einsetzen: 222. Tag nach dem Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes] an zu vereinbaren ist, im Falle von Satz 1 Nummer 2 vom 1. Oktober 2023 an und im Falle von Satz 1 Nummer 3 vom 1. Januar 2024 an. § 13 Absatz 1, 2 und 3 Satz 2 gilt entsprechend.</i> “	Für die Vorlage der Unterlagen und für die Erteilung von Auskünften gilt Absatz 4 Satz 2 bis 9 mit der Maßgabe, dass der Abschlag nach Absatz 4 Satz 5 wie folgt zu vereinbaren ist:
	1. im Fall von Satz 1 Nummer 1 vom 1. Mai 2024 an,
	2. im Fall von Satz 1 Nummer 2 vom 1. Oktober 2024 an,
	3. im Fall von Satz 1 Nummer 3 vom 1. April 2025 an,
	4. im Fall von Satz 1 Nummer 4 vom 1. Oktober 2025 an und
	5. im Fall von Satz 1 Nummer 5 vom 1. April 2026 an.
	§ 13 Absatz 1, 2 und 3 Satz 3 gilt entsprechend. “
3. Dem § 13 wird folgender Absatz 3 angefügt:	3. Dem § 13 wird folgender Absatz 3 angefügt:
„(3) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für Vereinbarungszeiträume ab dem Vereinbarungszeitraum 2024 nicht bis zum 31. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung abweichend von Absatz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab dem 1. August des Jahres fest. Die	„(3) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für Vereinbarungszeiträume ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 nicht bis zum 31. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung abweichend von Absatz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab dem 1. August des Jahres fest. Die Fristen nach Satz 1 verlängern sich jeweils um

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Schiedsstelle <i>darf in diesem Fall bei ihrer Entscheidung nur die Daten, Unterlagen und Auskünfte berücksichtigen, die innerhalb der in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannten Fristen übermittelt, vorgelegt und erteilt worden sind; dies gilt auch im Falle von Klagen gegen den Beschluss der Schiedsstelle.</i>“</p>	<p>sechs Wochen, wenn die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor Ablauf der Frist nach Satz 1 gegenüber der Schiedsstelle gemeinsam schriftlich oder elektronisch anzeigen, dass sie innerhalb der solchermaßen verlängerten Frist eine Vereinbarung nach § 11 abschließen werden. Die im Schiedsverfahren zu berücksichtigenden Daten, Unterlagen und Auskünfte des Krankenhausträgers oder der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind innerhalb der in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannten Fristen zu übermitteln, vorzulegen oder zu erteilen; nach Ablauf dieser Fristen übermittelte, vorgelegte oder erteilte Daten, Unterlagen und Auskünfte dürfen von der Schiedsstelle nicht berücksichtigt oder im Falle von Klagen gegen die Genehmigung des Beschlusses der Schiedsstelle von dem Gericht nicht zugelassen werden, wenn die Zulassung nach der freien Überzeugung der Schiedsstelle oder des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und die Nichteinhaltung der Fristen auf von dem Krankenhausträger oder von einer der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vertretenden Gründen beruht.“</p>
Artikel 6	Artikel 6
Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	u n v e r ä n d e r t
<p>Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	
<p>1. In § 19 Absatz 2 Nummer 2 wird die Angabe „§ 291d“ durch die Angabe „§ 371“ ersetzt.</p>	
<p>2. § 21 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und zur Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser nach § 14b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Das Bundesamt für Soziale Sicherung aktualisiert die Förderrichtlinien um den nach § 14b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegten weiteren Stichtag innerhalb von sechs Monaten nach Festlegung.“	
b) In Absatz 3 wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „30. Juni 2023“ und wird die Angabe „31. Dezember 2023“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.	
3. § 22 Absatz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	
„2. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 10 genannten Vorhaben Nachweise darüber, dass mindestens 15 Prozent der für das Vorhaben beantragten Fördermittel für technische und organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit eingesetzt werden, und Nachweise, um welche Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit es sich handelt,“.	
4. § 25 Absatz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	
„2. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6, 8 und 10 genannten Vorhaben einen Nachweis des beauftragten und berechtigten IT-Dienstleisters darüber, dass bei dem aktuellen Umsetzungsstand des Vorhabens die Voraussetzungen der Förderrichtlinie des Bundesamtes für Soziale Sicherung in ihrer jeweils aktuellen Fassung, die die technische Umsetzung des Vorhabens betreffen, sowie § 14a Absatz 3 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingehalten wurden,“.	
Artikel 7	Artikel 7
Änderung des Implantateregistergesetzes	u n v e r ä n d e r t
§ 17 Absatz 4 Satz 2 des Implantateregistergesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 290 Absatz 3 Satz 5 und § 362 Absatz 2 Satz 2 und 3 und Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“	
Artikel 8	Artikel 8
Änderung des MDK-Reformgesetzes	u n v e r ä n d e r t
In Artikel 14 Satz 1 des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.	
	Artikel 8a
	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
	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 9. November 2022 (BGBl. I S. 2018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 8 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 3a Satz 5 wird wie folgt gefasst:
	„Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht werden, können sie in das folgende Haushaltsjahr oder unter entsprechender Erhöhung des zur Verfügung stehenden Betrages auf die Mittel nach Absatz 3b Satz 5 für den Bereitstellungszeitraum nach Absatz 3b Satz 5 übertragen werden.“
	b) In Absatz 3b Satz 5 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
	2. In § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 wird die Angabe „§ 20a Absatz 7“ durch die Angabe „§ 35 Absatz 6“ ersetzt.
	3. In § 84 Absatz 7 Satz 5 wird die Angabe „Satz 3 und 4“ durch die Angabe „Satz 5 und 6“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	4. § 106b wird wie folgt gefasst:
	„§ 106b
	Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrasturktur
	(1) Zum Ausgleich
	1. der erforderlichen Ausstattungskosten aufgrund von Anforderungen an die Ausstattung nach dem Fünften Buch, die in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrasturktur entstehen, und
	2. der erforderlichen Betriebskosten, die im laufenden Betrieb der Telematikinfrasturktur entstehen,
	erhalten nach § 72 zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in entsprechender Anwendung der Finanzierungsregelungen für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die sich aus § 378 Absatz 2 des Fünften Buches ergebenden Erstattungen nach Maßgabe des Absatzes 2 in Form einer monatlichen Pauschale (TI-Pauschale) aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.
	(2) Näheres zum Ausgleich nach Absatz 1, dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie der Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, an den Kosten, legen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der Privaten Krankenkassen e. V. und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in einer Finanzierungsvereinbarung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest. Grundlage dieser Finanzierungsvereinbarung sind die nach § 378 Absatz 2 des Fünften Buches vereinbarten Bundesmantelverträge. Ein abweichender Erstattungsbedarf der Pflegeeinrichtungen gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern aufgrund ihrer Besonderheiten, insbesondere bezogen auf Größe und Beschäftigtenanzahl, ist dabei zu berücksichtigen. Zudem sind Über-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>gangsregelungen festzulegen, um die Erstattungsmodalitäten beim Übergang von den bisher geltenden auf die neuen Erstattungsregelungen zu bestimmen. Die Finanzierungsvereinbarung muss spätestens zwei Monate nach Anpassung der Bundesmantelverträge vorliegen.</p>
	<p>(3) Die durch die Erstattung nach Absatz 1 entstehenden Kosten, soweit die ambulanten Pflegeeinrichtungen betroffen sind, tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung in dem Verhältnis, das der Relation zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. Bei den in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches genannten stationären Hospizen, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht, tragen die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent der nach Absatz 1 entstehenden Erstattungen. Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach den Sätzen 1 und 2 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 1 ergeben. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bestimmen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung.</p>
	<p>(4) Die nach den Absätzen 1 und 2 festgelegte Höhe der TI-Pauschale gilt ab dem 30. Juni 2023.</p>
	<p>(5) Die Vereinbarungspartner nach Absatz 2 verhandeln die Höhe der TI-Pauschale</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>im Abstand von jeweils zwei Jahren, orientieren sich dabei an den Anpassungen der Bundesmantelverträge nach § 378 Absatz 2 des Fünften Buches und schließen erforderlichenfalls eine neue Vereinbarung nach Absatz 2. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt die jeweils bestehende Vereinbarung nach Absatz 2 fort.“</p>
	<p>5. In § 115 Absatz 3a Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1“ gestrichen.</p>
	<p>6. Dem § 135 wird folgender Absatz 3 angefügt:</p>
	<p>„(3) Für das Jahr 2023 erfolgt die Zuführung nach Absatz 1 im Dezember 2023 in einer Rate in Höhe von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres.“</p>
	<p>7. In § 153 Satz 1 wird die Angabe „2021 und 2022“ durch die Wörter „2021 bis einschließlich 2023“ ersetzt.</p>
	<p style="text-align: center;">Artikel 8b</p>
	<p style="text-align: center;">Änderung des Infektionsschutzgesetzes</p>
	<p>Nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 13. Oktober 2022 (BGBl. 2022 II S. 539) geändert worden ist, wird folgender § 14a eingefügt:</p>
	<p style="text-align: center;">„§ 14a</p>
	<p style="text-align: center;">Interoperabilität; Verordnungsermächtigung</p>
	<p>(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zur Förderung der Interoperabilität zwischen informationstechnischen Systemen, von offenen Standards für informationstechnische Systeme und der Integration von Schnittstellen in informationstechnischen Systemen der Gesellschaft für Telematik die Aufgabe zuzuweisen, für nicht ausschließlich in die Zuständigkeit der Länder fallende informationstechnische Systeme, die im Anwendungsbereich dieses Gesetzes eingesetzt werden,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. einen Bedarf an technischen, semantischen und syntaktischen Standards, Profilen und Leitfäden zu identifizieren sowie zu priorisieren,
	2. technische, semantische und syntaktische Standards, Profile und Leitfäden zu prüfen, in dem gebotenen Umfang selbst zu entwickeln und weiterzuentwickeln, den Herstellern und Anwendern von informationstechnischen Systemen zu empfehlen und auf der Wissensplattform nach § 7 Absatz 1 Satz 1 der IOP-Governance-Verordnung zu veröffentlichen.
	Das Bundesministerium für Gesundheit kann in der Rechtsverordnung nach Satz 1 festlegen, dass Empfehlungen nach Satz 1 Nummer 2 im Anwendungsbereich dieses Gesetzes von Anwendern von informationstechnischen Systemen verbindlich zu beachten sind. Anwender im Sinne von Satz 2 sind Gesundheitsämter und die zuständigen Landesbehörden. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 ist das Nähere zu regeln zu
	1. den Modalitäten der Abstimmung mit dem Expertengremium nach § 4 Absatz 1 der IOP-Governance-Verordnung,
	2. den weiteren Einzelheiten der Wahrnehmung der nach Satz 1 zugewiesenen Aufgabe und den hierbei anzuwendenden Verfahren.
	Bei der Gesellschaft für Telematik unmittelbar für die Erfüllung der nach Satz 1 zugewiesenen Aufgabe entstehende Kosten werden vom Robert Koch-Institut getragen. Das Robert Koch-Institut legt die Einzelheiten der Kostenerstattung im Einvernehmen mit der Gesellschaft für Telematik fest.
	(2) Zum Zwecke der Förderung der Interoperabilität zwischen informationstechnischen Systemen und von offenen Standards für informationstechnische Systeme und der Integration von Schnittstellen in informationstechnischen Systemen sowie zum Zwecke der Optimierung des nach § 14 Absatz 1 Satz 1 eingerichteten elektronischen Melde- und Informationssystems sammeln und konsolidieren die Länder auf Anforderung des Robert Koch-Instituts technische und funktionale Anforderungen an nach § 14 Absatz 1 Satz 9 bereitzustellende kostenlose Software-Lösungen und übermitteln diese einheitlich abgestimmt an das Robert Koch-Institut, soweit die Anforderungen nicht ausschließlich in die Zuständigkeit der Länder fallen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 8c
	Änderung des Arzneimittelgesetzes
	Nach § 47 Absatz 1 Nummer 5 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, wird folgende Nummer 5a eingefügt:
	„5a. durch Landesrecht bestimmte Träger der Luftrettung, soweit es sich um aus menschlichem Blut gewonnene Erythrozytenkonzentrate handelt,“.
	Artikel 8d
	Evaluierung
	Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Auswirkungen der Regelung in Artikel 8c auf die Versorgungslage mit aus menschlichem Blut gewonnenen Erythrozytenkonzentraten bis zum 31. Dezember 2023.
Artikel 9	Artikel 9
Inkrafttreten	Inkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 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 1 Nummer 7 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2020 in Kraft.	(2) Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2020 in Kraft.
(3) Artikel 2 Nummer 1 tritt mit Wirkung vom 29. Oktober 2020 in Kraft.	(3) Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe b tritt mit Wirkung vom 29. Oktober 2020 in Kraft.
	(4) Artikel 8a Nummer 4 tritt am 1. April 2023 in Kraft.
	(5) Artikel 1a tritt am 1. Juni 2023 in Kraft.
	(6) Artikel 1b tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

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

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 20/3876** in seiner 62. Sitzung am 19. Oktober 2022 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und an den Ausschuss für Digitales überwiesen.

Die Unterrichtung auf Drucksache 20/4232 wurde gemäß § 80 Absatz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages an den federführenden Ausschuss und die mitberatenden Ausschüsse überwiesen (Drucksache 20/4445). Der Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung hat sich gutachtlich beteiligt.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 20/2586** in seiner 47. Sitzung am 7. Juli 2022 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Finanzausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 20/1731** in seiner 34. Sitzung am 12. Mai 2022 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern ist laut Gesetzesinitiatoren eine angemessene Personalausstattung essenziell. Allerdings sei die Personalsituation in der Pflege im Krankenhaus nach wie vor angespannt. Außerdem gebe es auf der Ortsebene seit vielen Jahren einen Verhandlungsstau bei den jährlichen Budgetverhandlungen. Dadurch entstünden für die Krankenhäuser Liquiditätseingänge und für die Kostenträger ungleichmäßige Zahlungsströme.

Ziel des Gesetzes sei es, die Situation der Pflege in den Krankenhäusern mittelfristig zu verbessern, indem Idealbesetzungen für die Stationen errechnet und durchgesetzt würden. Dazu solle ein Instrument zur Personalbemessung (PPR 2.0) eingesetzt werden. Eingeführt werden solle die PPR 2.0 in drei Stufen: Ab 1. Januar 2023 solle die Erprobungsphase starten. Hier werde die PPR 2.0 dem Praxistest unterzogen. Die Testphase erfolge in einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern in Normalstationen und in der Pädiatrie. Auf dieser Basis würden in einer Rechtsverordnung den Krankenhäusern Vorgaben für die Personalbemessung gemacht. Verfüge ein Krankenhaus über einen Entlastungstarifvertrag mit verbindlichen Vorgaben zur Mindestpersonalbesetzung auf betriebsführenden Stationen, könne von einer Anwendung der PPR 2.0 abgesehen werden. Ab 2025 werde die Personalbemessung dann scharf gestellt und sanktioniert. Darüber hinaus sehe der Gesetzentwurf im Krankenhausbereich insbesondere folgende Regelungen vor: Zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen würden Fristen für

verschiedene Verfahrensschritte und ein automatisches Tätigwerden der Schiedsstelle vorgegeben. Mit dem Gesetzentwurf würden Verwaltungsvereinfachungen hinsichtlich des Verfahrens der Krankenhausabrechnungsprüfung vorgenommen. Auch die Strukturprüfung bei Krankenhäusern durch die Medizinischen Dienste werde weiterentwickelt. Das Verfahren zur Übermittlung von Daten der Krankenhäuser an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), auf deren Grundlage jährlich die Entgeltkataloge kalkuliert würden, werde weiterentwickelt. Es würden Klarstellungen und Konkretisierungen im Hinblick auf das Verwaltungsverfahren sowie die Antragsbearbeitung und -bewilligung des Krankenhauszukunftsfonds getroffen. Zudem solle die Evaluierung des Krankenhauszukunftsfonds angepasst und weiterentwickelt werden. Mit dem Gesetzentwurf werde darüber hinaus die digitale medizinische und pflegerische Versorgung weiterentwickelt und nachgesteuert. Dabei gehe es insbesondere darum, die Nutzerfreundlichkeit von digitalen Anwendungen zu stärken und die Verbreitung zentraler Anwendungen der Telematikinfrastruktur zu erhöhen.

Der **Nationale Normenkontrollrat (NKR)** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKR) den Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) geprüft und eine Stellungnahme abgegeben. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Regelungsfolgen nachvollziehbar und methodengerecht ist, und erhebt daher im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände (Drucksache 20/3876, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 1026. Sitzung am 28. Oktober 2022 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen (Drucksache 20/4232).

Dazu hat die **Bundesregierung** in ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 20/4232 Stellung genommen.

Zu Buchstabe b

Die Personalsituation in der Intensivpflege, die schon vor der COVID-19-Pandemie angespannt war, hat sich laut Antragsteller erheblich zugespitzt. Die Aussicht auf eine Besserung der Situation sei für viele Intensivpflegenden nicht mehr realistisch. Weiterführende Qualifikationen führten in der Praxis nur in sehr geringem Maße zu Veränderungen der Zuständigkeiten und des Gehalts. Gestaltungsmöglichkeiten und politische Einflussnahme im Gesundheitswesen seien der Berufsgruppe bislang weitgehend verwehrt. Die Fürsorge für die Gesundheit der Mitarbeitenden stehe bislang an den meisten Standorten zu wenig im Fokus der Aufmerksamkeit und müsse verbessert werden.

Vor diesem Hintergrund gelte es, die Arbeitsbedingungen für Intensivpflegekräfte und Intensivpatienten zu verbessern und die Attraktivität des Arbeitsfeldes zu erhöhen, um einen Exodus vieler Intensivstationen zu verhindern und die Versorgungssicherheit lebensbedrohlich erkrankter Patienten aufrechtzuerhalten. Dazu müsse die Handlungsautonomie der Intensivpflegekräfte sowie die Finanzierung der Intensivfachweiterbildung mit Steuermitteln sichergestellt werden. Die Förderung neuer Intensivbetten solle verpflichtend an die Ausbildung einer Intensivfachpflegekraft gekoppelt werden. Außerdem müsse die Intensivfachkraftquote insgesamt neu festgelegt werden. Die Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie solle dem Qualifikationsniveau 6 im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) zugeordnet werden. Darüber hinaus müssten eine verbindliche Dienstplangestaltung und der Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten als Teil der pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegegeldwert berücksichtigt werden. Schließlich sollten Vertreter der Pflege als vollwertige, stimmberechtigte Mitglieder im Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) benannt werden.

Zu Buchstabe c

Seit Jahren ist nach Darstellung der Antragsteller zu beobachten, dass eine nennenswerte Anzahl von Pflegebeschäftigten zum Schutz der eigenen Gesundheit vor alltäglicher Überlastung ihre Arbeitszeit reduziert, ganz aus dem Beruf ausscheidet, die Ausbildung nicht beendet oder nach beendeter Ausbildung ihre Lebenspläne ändert. Die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) als bundesweit geltende einheitliche Personalbedarfsermittlung setze direkt an diesen Problemen an. Im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP wurde vereinbart, die PPR 2.0 zeitnah als Übergangsinstrument einzuführen, bis das nach § 137k SGB V gesetzlich beauftragte Instrument zur Personalbemessung im Krankenhaus vorliegt.

Die PPR 2.0 stelle eine deutliche Verbesserung gegenüber den derzeit geltenden Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) dar. Sie sei unmittelbar einsatzfähig, bilde den tatsächlichen pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ab und sei mithilfe pflegerischer und pflegewissenschaftlicher Expertise für einen praktikablen Einsatz

erarbeitet worden. Mit der Einführung der PPR 2.0 könnten Bundestag und Bundesregierung beweisen, dass sie den Pflegenotstand aktiv angingen. Sie würden damit laut Antragsteller ihre Anerkennung gegenüber den immensen Anstrengungen der Beschäftigten mit Taten unterlegen und wesentlich dazu beitragen, dass Personalmangel und Überbelastung nicht zu einem wachsenden Risiko für Patientinnen und Patienten werden. Denn die PPR 2.0 bringe konkrete Entlastung und Verbesserungen der Arbeitsbedingungen mit sich. Die Bundesregierung solle daher dem Bundestag sehr zeitnah einen Gesetzentwurf zur Einführung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) vorlegen und ergänzend zur PPR 2.0 zeitnah einen Gesetzentwurf zur Umsetzung der von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) entwickelten Personalbedarfsermittlung im Bereich der Pädiatrien sowie einen Gesetzentwurf zur Umsetzung der Personalbedarfsermittlung INPULS im Bereich der Intensivstationen vorlegen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 33. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE., bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/3876 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 33. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/3876 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 26. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/3876 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Digitales** hat in seiner 23. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/3876 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß Einsetzungsantrag auf Drucksache 20/696 in seiner 15. Sitzung am 19. Oktober 2022 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/3876 befasst und ist in seiner gutachtlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis gekommen, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbitte daher nicht erforderlich ist (Ausschussdrucksache 20(26)20-1).

Zu Buchstabe b

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 33. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2586 zu empfehlen.

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 38. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2586 zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 37. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2586 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 33. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2586 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 26. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2586 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 30. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2586 zu empfehlen.

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 33. Sitzung am 30. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/1731 zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu den Buchstaben a bis c

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 40. Sitzung am 19. Oktober 2022 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 20/3876 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum eine Anhörung durchzuführen. Ferner hat er in der gleichen Sitzung beschlossen, zu dem Antrag auf Drucksache 20/2586 eine Anhörung durchzuführen.

In seiner 42. Sitzung am 9. November 2022 hat der Ausschuss für Gesundheit die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/3876 und zu dem Antrag auf Drucksache 20/2586 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 43. Sitzung am 9. November 2022 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bitkom e. V. (Bitkom), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband Gesundheits IT e. V. (bvitg), Bundesverband Pflegemanagement e. V. (BV Pflegemanagement), Bundesvereinigung Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands e. V. (BAND), Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Ärztinnenbund e. V. (Ärztinnenbund), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK), Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hebammenverband e. V. (Hebammenverband), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), E-Rezept-Enthusiasten Verein zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen e. V. (erezept enthusiasten), gematik GmbH (gematik), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD), GKV Spitzenverband (GKV-SV), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen SbR (IQWiG), Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung KdöR (KZBV), Medizinischer Dienst Bund KdöR (MD-Bund), Spitzenfrauen Gesundheit e. V., Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV), Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV), Spitzenverband IT Standards im Gesundheitswesen (SITiG), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) und Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.), Kathrin Haas (Fachärztin für Allgemeinmedizin, Neunkirchen), Marion Korte (Initiative Berliner Kinderkliniken), Bernhard Krautz (Vereinigung der Pflegenden in Bayern), Prof. Dr. Michael Simon (bis 2016 Hochschule Hannover) und Prof. Dr. Frank Weidner (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.). Auf das Protokoll der Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird verwiesen (Ausschussdrucksachen 20(14)61(1-23) und 20(14)62(1-15)). Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) eine Stellungnahme abgegeben (Ausschussdrucksache 20(14)67).

Der Ausschuss hat in seiner 46. Sitzung am 30. November 2022 seine Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksache 20/3876 sowie zum Antrag auf Drucksache 20/2586 fortgesetzt und abgeschlossen. Ferner hat er in der gleichen Sitzung die Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 20/1731 aufgenommen und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 20/3876 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 20/2586 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 20/1731 abzulehnen.

Änderungsanträge

Dem Ausschuss für Gesundheit haben Änderungsanträge der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf Ausschussdrucksache 20(14)63.2neu(neu) vorgelegen.

Der Änderungsantrag 9 auf Ausschussdrucksache 20(14)63.2neu(neu) wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Der Änderungsantrag 25 auf Ausschussdrucksache 20(14)63.2neu(neu) wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Der Änderungsantrag 30 auf Ausschussdrucksache 20(14)63.2neu(neu) wurde einstimmig angenommen.

Die Änderungsanträge 1 bis 8, 10 bis 24, 26 bis 29 sowie 31 und 32 auf Ausschussdrucksache 20(14)63.2neu(neu) wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Ferner hat die Fraktion der CDU/CSU sechs Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 20(14)63.3 mit folgendem Inhalt vorgelegt:

Änderungsantrag 1

Artikel 4 Nummer 4 – Neu (§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz)

(Anpassung der Definition des pflegebudgetrelevanten Pflegepersonals - Hebammen)

In Artikel 4 Nummer 4 werden die folgenden Buchstaben c und d angefügt:

,c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Stationen“ jeweils die Wörter „und in Kreißsälen“ eingefügt.

d) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird das Wort „und“ am Ende gestrichen.

bb) In Nummer 2 Buchstabe f wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „und“ ersetzt.

cc) Folgende Nummer 3 wird eingefügt:

„3. Hebammen und Entbindungspfleger mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes.“

dd) In Satz 2 werden nach dem Wort „Stationen“ die Wörter „oder in Kreißsälen“ eingefügt.“

Begründung

Durch die Änderung werden die im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Berufsgruppen um Hebammen und Entbindungspfleger ergänzt. Damit wird sichergestellt, dass Hebammen und Entbindungspfleger als qualifiziertes Personal weiterhin auf bettenführenden Stationen sowie in Kreißsälen in der direkten Versorgung und Betreuung von Risikoschwangerschaften oder Wöchnerinnen eingesetzt werden, wofür diese explizit ausgebildet sind.

Die Beibehaltung der Refinanzierung über das Pflegebudget ist damit auch im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung und dient darüber hinaus auch der Entlastung der Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte sowie der Sicherstellung der Praxisanleitung für Hebammenstudierenden durch Hebammen und Entbindungspfleger auf den geburtshilflichen Stationen, wie im Hebammengesetz festgelegt.

Änderungsantrag 2

Artikel 2 Nummer 3 (§ 10 Krankenhausentgeltgesetz)

(Anpassung Landesbasisfallwert Fixkosten)

Artikel 2 Nummer 3 wird gestrichen.

Begründung

Die bisherige Regelung zur Anpassung des Landesbasisfallwertes bei Rückgängen der Leistungsmenge (sog. Fixkostenproblematik) soll mit dem Entwurf zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz aufgehoben werden. Mit diesem Änderungsantrag wird die Aufhebung der Regelung gestrichen und die bisherige Rechtslage fortgeführt.

Die Fortführung der Regelung dient insbesondere dazu, die bei einem Rückgang der Fallzahlen gleichwohl weiter bestehenden Fixkosten angemessen zu finanzieren und einen Erlösverlust insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Situation zu vermeiden.

Änderungsantrag 3

Artikel 5 Nummer 0 - Neu (§ 3 Bundespflegesatzverordnung)

(Finanzierung Weiterbildungsstellen Psychotherapeuten)

Artikel 5 Nummer 1 wird folgende Nummer 0 vorangestellt:

,0. § 3 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

In Satz 4 wird in Nummer 7 der Punkt am Satzende gestrichen und durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 8 eingefügt:

„8. die Personalkosten der nach Maßgabe des § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.“

In Satz 5 werden die Wörter „Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5 oder 7“ durch die Wörter „Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5, 7 oder 8“ ersetzt.

Begründung

Mit diesem Änderungsantrag wird geregelt, dass die Kosten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung vergleichbar zu den bisherigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung refinanziert werden. Dies setzt eine tarifvertragliche Höhe der Vergütung voraus.

Diese Änderung ist vor dem Hintergrund des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes (PsychThGAusb-RefG) notwendig. Mit diesem Änderungsantrag wird auch eine Forderung des Bundesrates umgesetzt.

Diese Regelung stellt somit klar, dass die Weiterbildungsstellen in den entsprechenden Vereinbarungen und ggf. Schiedsentscheidungen berücksichtigt werden müssen, mit dem Ziel eine angemessene Beschäftigung von approbierten Studienabsolventinnen und -absolventen zu ermöglichen. Ende des Jahres 2023 sind ca. 1.000 und Ende 2024 ca. 2.500 Weiterbildungsstellen zu erwarten.

Änderungsantrag 4

Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Anpassung Qualifikationsmix durch Verordnung)

In Artikel 1 Nummer 3 wird in § 137l Absatz 3 die Nummer 2 gestrichen.

Begründung

Durch den Änderungsantrag wird die Möglichkeit für das Bundesgesundheitsministerium - im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen - durch eine Verordnung direkt in den Qualifikationsmix in den Kliniken einzugreifen, gestrichen.

Der von den Kliniken eingesetzte Qualifikationsmix auf den einzelnen Stationen muss sich nach den Bedürfnissen der jeweiligen Patientinnen und Patienten vor Ort und den allgemeinen Qualitätskriterien und Mindeststandards richten. Starre Vorgaben hierzu durch eine Verordnung sind auch deshalb abzulehnen, weil sie für die Qualifikationsanforderungen in der Patientenversorgung nicht notwendig und sinnvoll sind.

Stattdessen wird die hier vorgesehene Streichung die Professionalisierung und interprofessionelle Zusammenarbeit in den Kliniken stärken, was sowohl im Sinne der Versorgungsqualität und des Arbeitsklimas als auch im Sinne der langfristigen Vertrauensstärkung in die Strukturen ist.

Änderungsantrag 5

Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Streichung Einvernehmen Bundesministerium für Finanzen)

In Artikel 1 Nummer 3 werden in § 137l in den Absätzen 3 und 4 jeweils die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen“ gestrichen.

Begründung

Die Ausgestaltung und Anwendung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments in Krankenhäusern dürfen nicht unter dem Vorbehalt des Bundesministeriums für Finanzen stehen. Weder liegt die fachliche Expertise dort vor, noch fallen etwaige finanzielle Mehraufwendungen in dessen originären Zuständigkeitsbereich.

Die Personalbemessung in Krankenhäusern muss sich an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern vor Ort sowie den allgemeinen Qualitätskriterien und Mindeststandards ausrichten.

Änderungsantrag 6

Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Sanktionen durch Vergütungsabschläge)

In Artikel 1 Nummer 3 wird in § 137l Absatz 4 die Nummer 3 gestrichen.

Begründung

Vor dem Hintergrund der derzeitigen Arbeitsmarktlage kann Krankenhäusern kein grundsätzlicher Vorsatz unterstellt werden, wenn Personalbedarfe nicht erreicht werden können. Die Erfüllung der ermittelten Personalbe-

darfe liegt dabei im generellen Eigeninteresse der Krankenhäuser. Sanktionen bei Nicht-Einhaltung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes sind deshalb zunächst abzulehnen und gegebenenfalls vom Deutschen Bundestag gestaffelt einzuführen.

Stattdessen sollte ein Honorierungssystem eingeführt werden, sodass ein positiver Anreiz für die Erfüllung der ermittelten Personalbedarfe gesetzt wird.

Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 20(14)63.3 wurde zurückgezogen.

Änderungsantrag 5 auf Ausschussdrucksache 20(14)63.3 wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD abgelehnt.

Die Änderungsanträge 2 bis 4 und 6 auf Ausschussdrucksache 20(14)63.3 wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. abgelehnt.

Ferner hat die Fraktion DIE LINKE. einen Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)63.1 mit folgendem Inhalt vorgelegt:

Der Ausschuss für Gesundheit wolle beschließen:

Artikel 1 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

In § 137l werden in den Absätzen 3 und 4 jeweils die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ gestrichen.

Begründung:

Das Bundesministerium der Finanzen hat keinerlei fachliche Kompetenzen, die es in eine Verordnung zur Ermittlung des Personalbedarfs in der Krankenhauspflege einbringen könnte. Es trägt auch keine finanzielle Verantwortung, denn die Betriebskosten der Krankenhäuser werden im Wesentlichen von der gesetzlichen Krankenversicherung, mit großem Abstand vor der privaten Krankenversicherung und zu einem kleineren Anteil von der Beihilfe getragen. Soweit auf den Bundeszuschuss abgezielt wird, so dient dieser lediglich zu einer pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen. Bedarfsgerechte Krankenhauspflege ist jedoch definitiv keine versicherungsfremde Leistung. Auch in der Antwort auf eine Kleine Anfrage der LINKEN (BT-Drs. 20/3908) konnte die Bundesregierung nicht erläutern, welcher sachliche Grund jenseits von interministeriellen Absprachen die im Gesetzentwurf vorgesehene Beteiligung des Bundesministeriums der Finanzen an der Verordnungsgebung und erst recht nicht in Form des Einvernehmens rechtfertigen könnte. Daher wird die geplante Beteiligung des BMF an der Verordnungsermächtigung des BMG mit diesem Änderungsantrag beseitigt.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)63.1 wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Fraktionsmeinungen

Die Fraktion der SPD erklärte, mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz werde die PPR 2.0 als Bemessungsinstrument zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen betriebsführenden somatischen Stationen für Erwachsene und Kinder im Krankenhaus eingeführt. Mithilfe der PPR 2.0 werde ein Personalbedarf ermittelt und dann werde ein Abgleich mit dem tatsächlichen Personaleinsatz durchgeführt. Die Differenz lege die Personalsituation offen. Zudem sei eine Weiterentwicklung der PPR 2.0 gesetzlich eingeplant. So könne die Prüfung der Anwendbarkeit von Pflegepersonaluntergrenzen in Bereich der Notaufnahmen beauftragt werden und auch die Pflegepersonalbemessung für Notaufnahmen sei in der Perspektive möglich. Weitere wichtige Aspekte im Gesetzentwurf seien die bedarfsgerechte und auskömmliche Finanzierung der Pädiatrie und der Geburtshilfe, die Berücksichtigung der Personalkosten von Hebammen im Pflegebudget, die tagestationäre Behandlung als weitere Behandlungsform im Krankenhaus sowie die Einführung spezieller sektorengleicher Vergütung (Hybrid-DRG).

Die Fraktion der CDU/CSU lehnte den Gesetzentwurf ab, da das Pflegepersonal mit den vorgesehenen Instrumenten der Pflegepersonalbemessung nicht sofort entlastet werde, sondern erst 2024. Das Personal müsse aber jetzt entlastet werden. Insgesamt seien die Vorgaben zur Pflegebedarfsermittlung und zur Pflegepersonalbemessung zu starr angelegt. Flexibilität und Handlungsspielräume vor Ort seien nicht vorgesehen, ebenso wenig Ausnahmetatbestände, zum Beispiel bei hohen Personalausfällen oder einem Katastrophenfall. Unverständlich sei auch, warum die Rechtsverordnung zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung nur im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium zu erlassen sei. Es dürfe keine Pflege nach Kassenlage geben. Die vorgesehene Krankenhaustagesbehandlung sei in dieser Form realitätsfremd und praxisuntauglich. Außerdem seien eine Reihe von wichtigen haftungsrechtlichen Organisationsfragen nicht geklärt und nicht zu Ende gedacht. Das verunsichere die Akteure und werde dazu führen, dass die Tagesbehandlungen nicht angewandt würden. Ein ähnlicher Schnellschluss sei die per Änderungsantrag eingebrachte sektorengleiche Vergütung mittels Hybrid-DRGs sowie die zusätzlichen Gelder aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für Pädiatrien und Geburtshilfestationen. Hierbei handele es sich nicht um eine Strukturreform, sondern um Notopfer nach dem Gießkannenprinzip. Solche fundamentalen Fragen müssten im Rahmen einer großen Krankenhausreform gelöst werden, nicht in Form von fachfremden Änderungsanträgen.¹⁾

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erklärte, es sei ein umfangreiches und komplexes Gesetz, das entscheidende Verbesserungen für die Pflege bringe. Endlich werde eine systematische Personalbemessung in Krankenhäusern eingeführt. Es handele sich um einen strukturierten, wissenschaftlichen Prozess, der auch mit Konsequenzen hinterlegt sei, damit es auch zu wirklichen Veränderungen komme. Dass Intensivstationen und dafür auch die Kinder-PPR mit aufgenommen wurden, sei eine wichtige Ergänzung im Gesetzgebungsprozess gewesen. Durch die neuen Regelungen zur Digitalisierung komme es zu einer besseren Vernetzung im Gesundheitswesen und einem einfacheren Zugang für Versicherte zu digitalen Anwendungen der TI. Es seien erste, wichtige Schritte einer Krankenhausreform unternommen worden als Übergang zur größeren Reform, dazu zählten die Förderung der Pädiatrie in Höhe von 300 Mio. Euro, der Geburtshilfe in Höhe von 120 Mio. Euro und Verbesserungen für Hebammen. Die Einführung von Tagesbehandlungen und Hybrid-DRGs sei ein wichtiger Schritt hin zur Ambulantisierung der Versorgung. Regelungen zur Behandlung von Long Covid und vergleichbaren Erkrankungen und zur Bereitstellung von Blutkonserven trügen zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung in Deutschland bei.

Die Fraktion der FDP betonte, es sei gut und wichtig, dass die Koalition endlich die PPR 2.0 auf den Weg bringe. Pflegende bräuchten ein Zeichen, dass die belastenden Arbeitsbedingungen verbessert würden. Gut sei, dass man die Ausnahmeklausel für Unikliniken mit Entlastungsverträgen habe streichen können. So profitierten alle Pflegenden von den Verbesserungen. Gleiches gelte für die Aufnahme u. a. der Intensivstationen und der Notfallambulanz in den Weiterentwicklungsprozess. Man wolle mittelfristig eine Personalbemessung für alle Bereiche, in denen Pflege stattfindet. Gleichzeitig schaffe man mit der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der PPR 2.0 Planungssicherheit für die Kliniken und Beschäftigten. Die Koalition stärke auch die Geburtshilfe. Die Hebammen nehme man in den Katalog der Pflegeberufe auf, die ab 2025 weiterhin über das Pflegebudget abgerechnet werden könnten. Gleichzeitig erhielten die Länder zusätzliche Gelder, um die Vorhaltekosten für Geburtshilfeabteilungen in den Kliniken abzufedern. Auch im Bereich der Pädiatrie Sorge man mit dem garantierten Erlösvolumen dafür, dass bis zu 20 Prozent Mindereinnahmen ausgeglichen würden. So senke die Koalition den wirtschaftlichen Druck, erhalte aber gleichzeitig durch die erweiterte Abschlagsregelung die Anreize zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen weiter aufrecht. Damit folge die Regierung auch den Vorschlägen der Krankenhauskommission. Es sei wichtig für die Koalition gewesen, die sektorengleiche Vergütung zeitnah umzusetzen. Damit gehe man einen Schritt in Richtung Überwindung der Sektorengrenzen. Gleichzeitig sei es ein wichtiger Schritt, um das Prinzip „ambulant vor stationär“ auch in Deutschland endlich zu stärken. Dabei bestehe kein Abrechnungsausschluss aller anderer Vergütungsarten, wie die GOÄ-Abrechnung oder die Wahlleistungen. Es wird klargestellt, dass sich die Vergütung nur auf die KH-Leistung bezieht und Wahlleistungen möglich bleiben. Hierbei sei bedeutsam, dass neben den von Krankenhäusern erbrachten speziellen sektorengleichen Leistungen, welche einheitlich nach § 115f SGB V vergütet würden, auch Leistungen nach § 17 Absatz 1 KHentG möglich blieben.

Die Fraktion der AfD führte aus, dass die Zielrichtung des Gesetzentwurfs unterstützenswert sei. Das eigentliche Problem sei jedoch der Personalmangel, der durch Bürokratie nicht behoben werden könne. Um junge Menschen

¹⁾ Die Abgeordnete Simone Borchardt (CDU/CSU) erklärte in den Beratungen zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz im Zusammenhang mit § 49 Abgeordnetengesetz, Geschäftsführerin einer Pflegeeinrichtung zu sein.

nicht nur für ein paar Jahre, sondern für das ganze Berufsleben zu halten, müssten die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Daher fordere der Antrag der Fraktion der AfD etwa die Stärkung der Handlungsautonomie der Intensivpflegekräfte, die Finanzierung der Intensivfachweiterbildung mit Steuermitteln, die Kopplung der Förderung von Intensivbetten mit der Ausbildung des Personals, die Neubewertung und neue Festlegung der Intensivfachkraftquote, die Zuordnung der Fachweiterbildung Intensivpflege zu dem Qualifikationsniveau 6, eine verbindliche Dienstplangestaltung sowie familienfreundliche Arbeitszeiten und die Benennung von Vertretern der Pflege als vollwertige Mitglieder im Beschlussgremium des G-BA. Diese Forderungen fehlten im Gesetzentwurf größtenteils. Deshalb werde man sich zu diesem auch nur enthalten. Den Antrag der Fraktion DIE LINKE. lehne man ab.

Die **Fraktion DIE LINKE.** kritisierte, dass der Gesetzentwurf sein eigentliches Ziel, die Einführung der PPR 2.0, verfehle. Zudem kritisiere man die Beteiligung des Bundesfinanzministeriums (BMF), da unklar sei, welche Kompetenz das BMF bei der Krankenhauspflege habe. Die Erprobung der PPR 2.0 sei überflüssig, da sie bereits im Zuge ihrer Entwicklung erprobt worden sei. Die Erprobung koste Zeit und widerspreche damit dem Versprechen im Koalitionsvertrag, die PPR 2.0 kurzfristig einzuführen. Der Gesetzentwurf führe außerdem kein Verfahren zur Bedarfsermittlung ein. Stattdessen werde das Verfahren nur durch eine bisher unbekannte Verordnung geregelt, an der das Parlament keine Mitsprache haben werde. Diese Kritikpunkte seien bereits in den Anhörungen geäußert worden und dennoch würden die vorliegenden 32 Änderungsanträge diese nicht ausräumen. Dennoch gebe es auch positive Aspekte. Durch den Druck aus der Opposition und aus der Gesellschaft seien die Hebammen nun im Pflegebudget beinhaltet und nicht mehr in den DRGs. Auch positiv hervorzuheben seien die Blankoverordnung bei Heilmitteln sowie die Long-COVID-Versorgung. Insgesamt würden jedoch entscheidende Punkte des Koalitionsvertrags nicht berücksichtigt. Daher lehne man den Gesetzentwurf ab.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 20/3876, 20/4232 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 0

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die tagesstationäre Behandlung in die Definition der Krankenhausbehandlung aufgenommen und in die bestehende Systematik vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, ambulant eingeordnet.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird geregelt, dass die tagesstationäre Behandlung einer vollstationären Behandlung entspricht. Das bedeutet, dass Versicherte nur dann einen Anspruch auf vollstationäre oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus haben, wenn dies nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Zu den Buchstaben c und d

Mit den Änderungen in den Sätzen 4 und 5 werden die beiden Voraussetzungen der tagesstationären Behandlung geregelt: dies ist einerseits ein täglich mindestens sechstündiger Aufenthalt mit ärztlicher oder pflegerischer Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus, und andererseits, dass die Behandlung hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entspricht.

Zu Nummer 0a

Um die Entwicklung der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen und mögliche Veränderungen über einen längeren Zeitraum zu erfassen, wurde mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Oktober 2020

(BGBl. I S. 2220) § 40 Absatz 3 Satz 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) angefügt und eine dreimalige Berichtspflicht für die Jahre 2021 bis 2023 jeweils zum 30. Juni des Folgejahres vorgesehen. In diesem Bericht werden die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen ausgewertet.

Um einen besseren Einblick in das Verordnungsgeschehen zu erhalten, ist eine Anpassung der Abgabefrist sachgerecht. Durch die Festsetzung der Abgabefrist für die Jahre 2022 und 2023 auf den 30. September des Folgejahres wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermöglicht, im Rahmen der Auswertung einen Bezug zur amtlichen Statistik „KG 5“ herzustellen, die erst zum 1. August eines jeden Jahres übermittelt wird. Auf Basis der breiteren Datenlage sind belastbarere Schlussfolgerungen zu erwarten.

Zu Nummer 0b

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass Verordnungen, bei denen die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt trotz des Vorliegens einer Diagnose nach § 125a Auswahl, Dauer und Frequenz der Heilmittelbehandlung vorgibt, den Verträgen nach § 125 und damit auch der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b unterliegen.

Zu Nummer 0c

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung des Satzes 1 soll eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern in den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Landesebene (Kassenärztliche Vereinigungen; vgl. § 77 Absatz 1 Satz 1) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen; vgl. § 77 Absatz 4 Satz 1) sichergestellt werden. Die Regelung sieht daher vor, dass bei einem Vorstand, der aus mehreren Personen besteht, dem Vorstand mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören müssen, um die Geschlechterverteilung unter den gesetzlich Krankenversicherten und den an der vertragsärztlichen, vertragspsychotherapeutischen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten auch im Vorstand so weit wie möglich abzubilden.

Nachdem mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) und dem Gesetz zur Ergänzung und Änderung der Regelungen für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen an Führungspositionen in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst vom 7. August 2021 (BGBl. I S. 3311) eine entsprechende Mindestbeteiligung von einer Frau und einem Mann bereits für den Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie für mehrköpfige Krankenkassenvorstände gesetzlich vorgegeben wurde, soll dieser Weg für die im Jahr 2023 beginnende neue Amtsperiode der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen konsequent fortgesetzt werden, damit auch bei den Organisationen der Ärzte- und Zahnärzteschaft eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern in den Vorständen erreicht wird.

Zu Buchstabe b

Mit der Ergänzung des Satzes 2 wird die in Satz 1 neu geregelte Geschlechterquote bei der Besetzung mehrköpfiger Vorstände auch für die Besetzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgegeben. Da Satz 2 für den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung regelt, dass dieser aus drei Mitgliedern besteht, müssen diesem künftig immer mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören. Im Übrigen gelten die Ausführungen zur Ergänzung des Satzes 1 entsprechend.

Zu Nummer 0d

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Terminanpassung in § 358 Absatz 6 Satz 1.

Zu Nummer 0e

Mit der Regelung wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der gesetzliche Auftrag erteilt, für eine verbesserte und zeitgerechtere Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf Long-COVID Regelungen zu treffen, damit eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung Anwendung finden kann. Hierbei sollen mit dem Ziel einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung der Betroffenen

strukturierte Versorgungspfade verbindlich beschrieben, notwendige multiprofessionelle Zusammenarbeit vorgegeben sowie Mindestanforderungen an Diagnostik und Therapie definiert werden. Durch die Vorgaben soll sichergestellt werden, dass eine standardisierte Eingangsdiagnostik durchgeführt wird und anschließend multiprofessionell eine Diagnose gestellt und Behandlungsschwerpunkte festgelegt werden, um lange Odysseen der Betroffenen zu vermeiden. Zentral dürfte hierbei der zeitnahe Zugang zu einer hoch qualifizierten interdisziplinären Diagnostik sein. Eine sichere diagnostische Zuordnung und Diskrimination von leichten, mittelschweren und schweren Verläufen soll ermöglicht werden, um Fehlallokationen im Vorfeld zu vermeiden. Anschließend an diese interdisziplinäre Diagnostik erfolgt dann der Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot. Hierzu braucht es eine enge berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und Netzwerke mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern (insbesondere von Hausärzten, Pneumologen, Kardiologen, Neurologen, Psychiatern und Psychologen) sowie weiteren interdisziplinären Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren, Spezialambulanzen und Rehabilitationskliniken und weiteren Berufsgruppen (unter anderem unter Einbeziehung von Heilmittelangeboten und Edukationsprogrammen).

Damit kann u. a. der 9. Stellungnahme vom 15. Mai 2022 des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 Rechnung getragen werden, wonach als dringend notwendige Maßnahmen u. a. die Etablierung flächendeckender, intersektoraler und interdisziplinärer Versorgungsstrukturen (Versorgungsalgorithmen, Netzwerke, Bündelung der Fachexpertise) und eine enge Verzahnung ambulanter und klinischer Versorgungsstrukturen mit konsentierten Qualitätskriterien in der Behandlung von Post/Long-COVID-Betroffenen genannt werden.

Der G-BA kann leitliniengerechte Versorgungspfade festlegen, an denen sich die Leistungserbringer für eine strukturierte Versorgung orientieren - ohne aber durch Vorgabe zusätzlicher Strukturen und Anforderungen, die eine Behandlung von entsprechenden Patientinnen und Patienten gegebenenfalls auf zu wenige Leistungserbringer reduzieren, etwaige Wartezeiten noch weiter zu verlängern.

Der G-BA hat die Vorgaben in einer neuen eigenständigen Richtlinie und zeitnah bis spätestens zum 31. Dezember 2023 zu beschließen.

Auch für Patientinnen und Patienten, bei denen kein Verdacht auf Long-COVID besteht, die aber an ähnlichen Symptomen leiden, besteht ein Bedarf an flächendeckender interdisziplinärer und standardisierter Diagnostik sowie an einem zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot. Zu nennen ist hier beispielsweise das Krankheitsbild der Myalgischen Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS). Daher kann der G-BA in seiner Richtlinie auch für die Versorgung dieser betroffenen Versicherten entsprechende Regelungen vorsehen.

Zu Nummer 1a

Zu § 115e

Mit den Änderungen werden die Vorschläge der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens umgesetzt. Die Regierungskommission hat am 27. September 2022 Empfehlungen zur Einführung einer neuen Behandlungsform „Tagesbehandlung“ veröffentlicht. Danach soll den Krankenhäusern gestattet werden, im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten geeignete, bisher vollstationär erbrachte Behandlungen als sogenannte Tagesbehandlungen durchzuführen.

Mit dem Vorschlag wird das Ziel verfolgt, die Krankenhäuser kurzfristig zu entlasten, die Überlastungssituationen des Krankenhauspersonals zu verringern und das Personal von vermeidbaren Aufgaben zu entbinden, ohne Leistungen für Patientinnen und Patienten einzuschränken. Gleichzeitig sollen keine zusätzlichen Ausgaben im Gesundheitswesen verursacht, sondern Einsparungen erzielt werden.

Die Erbringung stationärer Leistungen in Form einer tagesstationären Behandlung liegt auch im Interesse der Patientinnen und Patienten, da sie für die Dauer der stationären Behandlung weiterhin ihrem häuslichen Umfeld verbunden bleiben können. Hierdurch entfällt die insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten oftmals problematische Eingewöhnung in eine neue Umgebung und an neue Kontaktpersonen. Auch soll das Risiko einer Ansteckung im Krankenhaus verringert werden.

Bei der Entscheidung darüber, ob im Einzelfall eine tagesstationäre Behandlung in Betracht kommt, hat das Krankenhaus zum einen medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. So wird für große, komplexe oder risikoreiche Behandlungen eine tagesstationäre Behandlung von vornherein regelhaft nicht in Betracht kommen. Zum

anderen hat das Krankenhaus auch die soziale, insbesondere häusliche Versorgungssituation der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen. Patientinnen oder Patienten, bei denen die erforderliche häusliche Versorgung über Nacht nicht sichergestellt ist, werden daher nicht tagesstationär behandelt werden können.

Entscheidet sich das Krankenhaus in medizinisch nicht geeigneten Fällen für die Erbringung von tagesstationärer Behandlung, haftet es für hierdurch entstandene Schäden der Patientin oder des Patienten in gleicher Weise, wie wenn es die Behandlung ambulant oder teilstationär erbringt, obwohl aus medizinischer Sicht eine vollstationäre Behandlung erforderlich gewesen wäre.

Da die tagesstationäre Behandlung anstelle einer vollstationären Behandlung erbracht werden kann, gelten hierfür die gleichen Qualitätsanforderungen wie für eine vollstationäre Behandlung.

Der Vorschlag wird in einem neuen § 115e umgesetzt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass zugelassene Krankenhäuser in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen können. Voraussetzung für eine tagesstationäre Behandlung ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Darüber hinaus muss ein täglich mindestens sechstündiger Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erforderlich sein, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. Unabhängig von einem voll- oder teilstationären Krankenhausaufenthalt durchgeführte kürzere ambulante Behandlungen werden nicht als Tagesbehandlung vergütet, sondern sind entsprechend der Systematik des § 39 als ambulante Behandlung abzurechnen. Im Übrigen gilt der Vorrang der ambulanten Behandlung in allen Fällen, in denen der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) Abrechnungsmöglichkeiten für die Behandlung von mehr als sechs Stunden vorsieht. Die tagesstationäre Behandlung setzt voraus, dass im Rahmen der Behandlung Krankenhausstrukturen vorgehalten sind und die Möglichkeit der notfallmäßigen Behandlung sowie bei ungünstigem Verlauf einer unmittelbaren Umwandlung der tagesstationären Behandlung in eine Behandlung über Nacht besteht. Der Krankenhausträger hat entsprechend sicherzustellen, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen, insbesondere, dass bei Komplikationen im Rahmen der tagesstationären Behandlung die erforderlichen Ärztinnen und Ärzte, nichtärztlichen Fachkräfte und Bettenkapazitäten auch nachts zur Verfügung stehen.

Um aufgrund der ohnehin bestehenden Vorrangsystematik in § 39 zu vermeiden, dass Leistungen, die bisher ambulant im Krankenhaus erbracht werden und nach dem EBM vergütet werden können bzw. durch auf regionaler oder lokaler Ebene vereinbarte Pauschalen, die deutlich unter dem Vergütungsniveau der Tagesbehandlung liegen dürften, künftig als tagesstationäre Leistung abgerechnet werden, wird klargestellt, dass folgende Leistungen nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden können: Leistungen nach den § 115b (ambulantes Operieren), Leistungen aufgrund der Rechtsverordnung nach § 115f (spezielle sektorengleiche Vergütung) oder nach § 121 (belegärztliche Leistungen), sowie Leistungen, die auf der Grundlage der Ermächtigungsregelungen der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungstatbestände ambulant erbracht werden können. Gleiches gilt für ambulant erbringbare Leistungen nach § 116b sowie für eintägige Behandlungen ohne Einweisung und ambulante Behandlungen in der Notaufnahme von Krankenhäusern, die § 39 Absatz 1 entsprechend nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden. Als Tagesbehandlung dürfen nur Leistungen erbracht werden, die bislang vollstationär durchgeführt wurden und für die die Infrastruktur des Krankenhauses erforderlich ist.

Die Entscheidung, in welchen medizinischen Fällen eine tagesstationäre Behandlung anstelle einer vollstationären Behandlung möglich ist, obliegt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Soweit die Patientinnen und Patienten während der Übernachtung im häuslichen Umfeld zusätzliche Leistungen wie etwa Leistungen nach § 37 benötigen, ist eine medizinische Eignung nicht anzunehmen. Eine tagesstationäre Behandlung kann daher nicht erbracht werden, wenn ein Anspruch auf Leistungen nach § 37 besteht.

Zu Absatz 2

Um das Ziel der finanziellen Entlastung sicherstellen zu können, fallen die Fahrkosten im Rahmen der tagesstationären Behandlung nicht in die finanzielle Verantwortung der Kostenträger. Der Konzeption der Tagesbehandlung folgend werden ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus Fahrkosten für die regulär im Rahmen der tagesstationären Behandlung angelegten Fahrten zwischen dem Krankenhaus und dem Übernachtungsort der Patientin oder des Patienten nicht übernommen. Eine Ausnahme besteht für außerplanmäßige Rettungsfahrten

nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2. Das Krankenhaus hat die Patientinnen und Patienten auf die Kostentragung hinzuweisen. Der G-BA hat in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 besondere Fallgruppen entwickelt, für die eine Übernahme der Fahrkosten auch zu ambulanten Behandlungen nach § 60 Absatz 1 Satz 3 ausnahmsweise möglich ist. Es handelt sich hierbei um Menschen mit besonderen Mobilitätseinschränkungen, Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 3 und Personen, die mit einem Therapieschema mit hoher Behandlungsfrequenz behandelt werden (insb. Dialysebehandlung, Strahlen- oder Chemotherapie). Vor dem Hintergrund der besonderen Belastung dieser Personengruppen durch ihre starken gesundheitlichen Einschränkungen soll diese Wertung mit Ausnahmecharakter auf die Fahrkostenregelung im Rahmen der Tagesbehandlungen übertragen werden, um damit ein weiteres finanzielles Risiko von ihnen abzuwenden und somit den Zugang zu den Tagesbehandlungen gleichberechtigt zu ermöglichen.

Zu Absatz 3

Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt grundsätzlich wie die der vollstationären Behandlung gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes. Damit sind die Entgelte für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von deren Versicherungsstatus einheitlich zu berechnen. Ergänzend hierzu wird entsprechend der Empfehlung der Regierungskommission festgelegt, dass von den für den vollstationären Krankenhausaufenthalt insgesamt berechneten Entgelten ein Abzug von 0,04 Bewertungsrelationen für jede Nacht vorgenommen wird, die der Patient oder die Patientin während der tagesstationären Behandlung nicht im Krankenhaus verbringt, weil das Krankenhaus insoweit von den sogenannten Übernachtungskosten entlastet wird. Der Abzugsbetrag in Höhe von 0,04 Bewertungsrelationen wird einheitlich festgesetzt und nicht hinsichtlich der verschiedenen Fallpauschalen differenziert. Dies ermöglicht eine einfache und zügige Umsetzung der Empfehlung der Regierungskommission. Wird ein Patient oder eine Patientin innerhalb desselben Behandlungsfalls sowohl mit als auch ohne Übernachtung behandelt, wird nur für die Tage ohne Übernachtung der Abzugsbetrag in Ansatz gebracht. Bei mehrtägigen tagesstationären Behandlungen addieren sich die Abzugsbeträge. Die Höhe des Abzugs wird entsprechend der Empfehlung der Regierungskommission auf maximal 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt begrenzt, auch wenn die tagesstationäre Behandlung über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird. Die Grenzverweildauern finden gleiche Anwendung wie bei Behandlung mit Übernachtung. Tage, an denen der Patient oder die Patientin nicht im Krankenhaus war, werden bei der Ermittlung der Verweildauer und der Vergütung nicht berücksichtigt. Die Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung darf nicht Prüfgegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c sein. Damit soll vermieden werden, dass aus wirtschaftlichen Gründen Übernachtungen im Krankenhaus im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes durch den Medizinischen Dienst in Frage gestellt werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung) vereinbaren nähere oder abweichende Regelungen zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Übernachtungsnotwendigkeit durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen.

Darüber hinaus gelten die allgemeinen Regelungen für Prüfmöglichkeiten durch die gesetzlichen Krankenkassen bzw. den Medizinischen Dienst. Damit bleibt die Möglichkeit der primären Fehlbelegung (Prüfung der Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts) und der sekundären Fehlbelegung (Prüfung der Dauer eines Krankenhausaufenthalts) unbeeinträchtigt.

Zu Absatz 4

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren innerhalb eines Monats nach dem Inkrafttreten der Regelung die Anforderungen an die Dokumentation im Rahmen der tagesstationären Behandlung. Diese Fristsetzung dient dem Ziel, zeitnah eine Dokumentation der Anforderungen zu erhalten. Hilfsweise vorgesehen wird zudem eine automatische Entscheidung der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG.

Zu Absatz 5

Um die Neueinführung der tagesstationären Behandlung als Krankenhausbehandlung überprüfen und bewerten zu können, wird in Absatz 5 eine Evaluation vorgesehen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben dem Bundesministerium für Gesundheit hierzu erstmals sechs Monate nach der Vereinbarung nach Absatz 4 zum 30. Juli 2023 und ein weiteres Jahr später zum 30. Juli 2024 jeweils einen

gemeinsamen Bericht über das Ausmaß und die Auswirkungen der tagesstationären Behandlung auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

Zu § 115f

Im internationalen Vergleich hat sich gezeigt, dass sich einige in Deutschland vorwiegend vollstationär durchgeführte Leistungen (inzwischen) für eine regelhafte ambulante Erbringung qualifizieren. Die spezielle sektorengleiche Vergütung soll insofern bestehende Ambulantisierungspotenziale bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen heben. Grundidee ist eine Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (EBM) und stationären Niveau (DRG) liegt, wodurch einerseits Anreize zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt und andererseits höherer stationärer Behandlungsaufwand vermieden werden. Damit dies gelingt, ist die Auswahl der Leistungen, für die eine spezielle sektorengleiche Vergütung gelten soll, entscheidend: „Mitnahmeeffekte“ durch eine höhere Vergütung bereits heute überwiegend ambulant erbrachter Leistungen sind ebenso zu vermeiden wie eine angebotsinduzierte Mengenausweitung. Die Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung hat das Potenzial, das Pflegepersonal zu entlasten, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung für die Patientinnen und Patienten einzuschränken.

Zu Absatz 1

Mit Absatz 1 werden die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragt, bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung sowie eine Auswahl von Leistungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen nach § 115b Absatz 1 Nummer 1 (AOP-Katalog) zu vereinbaren, auf die die spezielle sektorengleiche Vergütung unabhängig davon angewendet wird, ob die Leistung ambulant oder stationär durchgeführt wird.

Für die sektorengleichen Leistungen gilt grundsätzlich ein Abrechnungsausschluss anderer als der speziellen sektorengleichen Vergütungen. Daher ist eine Abgrenzung der ausgewählten sektorengleichen Leistungen vom AOP-Katalog sowie vom Budget- und Entgeltsystem für DRG-Krankenhäuser in der Vereinbarung vorzusehen. Eine vollstationäre Behandlung mit Übernachtung kann gleichwohl, zum Beispiel aufgrund sozialer Indikation, auch bei einer sektorengleichen Leistung weiterhin erforderlich und dann auch möglich sein.

Im Sinne einer „Hybrid-DRG“ ist die spezielle sektorengleiche Vergütung für jede ausgewählte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. Da sich für dieselbe sektorengleiche Leistung der Behandlungsaufwand insbesondere aufgrund des patientenbezogenen Gesamtschweregrads deutlich unterschiedlich darstellen kann, sind für jede Leistung grundsätzlich entsprechende Vergütungsstufen zu kalkulieren. Damit ist es möglich, komplexe und betreuungsintensive Fälle, die zum Beispiel nach der Operation einen mehrstündigen Verbleib der Patientin oder des Patienten in einem Nachbeobachtungsbett des Krankenhauses oder des ambulanten Operationszentrums erfordern, angemessen von weniger komplexen Fällen abzugrenzen. Anfangs bildet der im ambulanten und stationären Bereich erbrachte Gesamtaufwand sowie die Anzahl der ambulant und stationär erbrachten Fälle aus dem jeweils zum Zeitpunkt der Kalkulation letzten verfügbaren Abrechnungsjahr die Datenbasis zur Kalkulation der Fallpauschalen. Der Grad der Ambulantisierung sowie der bei ambulanter Durchführung wegfallende ausschließlich stationäre Ressourcenverbrauch können in die Kalkulation eingehen. Im Zusammenhang mit der Kalkulation ist auch der Leistungsinhalt der Fallpauschale festzulegen.

Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Kalkulation der Fallpauschalen für die spezielle sektorengleiche Vergütung auf der Grundlage empirisch bei den Leistungserbringern erhobener Kostendaten vorzunehmen. Während für den stationären Bereich bereits heute durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) empirische Kostendaten erhoben werden, fehlen vergleichbare Daten für den ambulanten Bereich bislang. Das betrifft sowohl die Krankenhausambulanzen als auch die niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte. Um die Verfügbarkeit entsprechender Daten zu gewährleisten, ist ab 2023 mit dem Aufbau einer entsprechenden Datengrundlage zu beginnen.

Die sektorengleiche Vergütung kann auch die Organisation notwendiger unterstützender Anschlussleistungen beim Übergang in die Regelversorgung einschließen.

Zu Absatz 2

Die spezielle sektorengleiche Vergütung soll auf eine Auswahl an Leistungen mit besonders hohem Ambulantisierungspotenzial angewendet werden. Als Kriterien bei der Auswahl von Leistungen sind von den Vertragsparteien daher insbesondere eine hohe Fallzahl im Krankenhaus, eine kurze Verweildauer (maximal 3 Tage) und ein geringer klinischer Komplexitätsgrad (Patient Clinical Complexity Level (PCCL) kleiner 4) zu berücksichtigen. Fälle, die sich aus medizinischen Gründen nicht für eine sektorengleiche Behandlung eignen, sind bei der Bestimmung des Ambulantisierungspotenzials auszuschließen. Um dem kontinuierlichen medizinisch-technischen Fortschritt Rechnung zu tragen, ist die Auswahl sektorengleicher Leistungen im Abstand von zwei Jahren zu überprüfen und sofern erforderlich anzupassen, erstmals spätestens bis zum 31. März 2025.

Zu Absatz 3

Zur Erbringung spezieller sektorengleicher Leistungen berechtigt sind alle Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder zur Krankenhausbehandlung zugelassene Krankenhäuser, wenn sie die für das ambulante Operieren nach § 115b Absatz 1 Satz 5 geltenden Voraussetzungen erfüllen. Neben Krankenhäusern kommen damit als Leistungserbringer insbesondere ambulante Operationszentren, Praxiskliniken, medizinische Versorgungszentren sowie die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen zusammenwirkenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Betracht. Das Nähere kann vereinbart werden. Die Leistungserbringer rechnen die spezielle sektorengleiche Vergütung unmittelbar gegenüber der Krankenkasse ab. Die Krankenkassen prüfen - gegebenenfalls gemeinsam - die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung und können dazu auch den Medizinischen Dienst beauftragen. Es wird klargestellt, dass die angegebenen Datenübermittlungsvorschriften entsprechende Anwendung finden.

Zu Absatz 4

Nach Absatz 4 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur speziellen sektorengleichen Vergütung sowie zur Auswahl von Leistungen aus dem AOP-Katalog, auf die diese Vergütung angewendet wird, zu erlassen, soweit eine Einigung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. In diesem Fall sind jeweils der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Bewertungsausschuss und der ergänzte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen sowie das InEK und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.

Zu Absatz 5

Mit der speziellen sektorengleichen Vergütung wird eine neue Vergütungssystematik in der gesetzlichen Krankenversicherung implementiert. Sowohl die Leistungsauswahl als auch die Kalkulation der Vergütung sollen hierbei schrittweise angepasst und weiterentwickelt werden. Die Vertragspartner nach § 115b Absatz 1 Satz 1 erhalten daher den Auftrag, die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten im Abstand von 18 Monaten, erstmals zum 1. April 2024, zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit darüber einen Bericht vorzulegen.

Zu Nummer 1b

Zu Buchstabe a

Für die Zulassung ist durch die Änderung lediglich die Anerkennung der für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 relevant. Die Zulassung soll nicht davon abhängig gemacht werden, ob ein Leistungserbringer an der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a teilnehmen möchte. Diese Versorgungsform steht grundsätzlich allen Heilmittelerbringern offen. Heilmittelerbringer sind jedoch nicht verpflichtet, eine Versorgung auf Grundlage einer Blankoverordnung anzubieten. Daher ist eine Anerkennung der Verträge zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung keine Voraussetzung für die Zulassung von Leistungserbringern im Heilmittelbereich.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um die Streichung einer überholten Übergangsregelung. Die Fortgeltung der von den Verbänden der Ersatzkassen bis zum 30. Juni 2008 erteilten Zulassungen ist überholt, da mittlerweile eine vollumfängliche Zulassung aller Leistungserbringer nach § 124 Absatz 1 erfolgt ist.

Zu Buchstabe c

Der Verweis auf die Anwendung der Übergangsregelungen des § 125b ist zu streichen, da die übergangsweise fortgeltenden Preise nach § 125b zwischenzeitlich in allen Heilmittelbereichen durch die Vertragspreise nach § 125 Absatz 1 ersetzt wurden.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um die Streichung überholter Übergangsregelungen.

Zu Nummer 1c**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine sprachliche Klarstellung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine sprachliche Klarstellung, dass bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle sowohl die bisherigen Preise als auch der bisherige Vertrag weitergelten.

Zu Buchstabe c**Zu Doppelbuchstabe aa**

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646 – TSVG) wurde die Kompetenz zum Abschluss von Versorgungsverträgen im Heilmittelbereich grundsätzlich auf die Bundesebene verlagert. In einigen Bundesländern bestehen Sonderverträge zur Heilmittelversorgung von Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Menschen in besonderen Einrichtungen. Diese Einrichtungen wurden im TSVG nicht besonders adressiert. Durch die Änderung werden diese für die Betroffenen wichtigen Verträge auf eine sichere rechtliche Grundlage gestellt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine sprachliche Ergänzung, da ein neuer Satz eingefügt wurde.

Zu Nummer 1d**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Gemäß § 125a Absatz 1 Satz 1 ist für jeden Heilmittelbereich ein Vertrag zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankoverordnung) abzuschließen. Die Regelung wird dahingehend geändert, dass die maßgeblichen Spitzenorganisationen selbst entscheiden können, ob sie für ihren jeweiligen Bereich einen solchen Vertrag abschließen oder darauf verzichten.

Es ist nicht auszuschließen, dass in einzelnen Heilmittelbereichen kein Bedarf für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gesehen wird, zum Beispiel, weil die Therapeutinnen und Therapeuten bei der Ausgestaltung der Therapie bereits ohne Blankoverordnung erhebliche Spielräume haben oder die Spielräume aufgrund der geringen Zahl unterschiedlicher Behandlungsarten gering sind. In diesen Fällen würde die gegenwärtig bestehende gesetzliche Verpflichtung, für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag zur Blankoverordnung abzuschließen zu müssen, zu überflüssigem bürokratischem Aufwand führen. Die Entscheidung, ob ein Vertrag geschlossen wird, obliegt den für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen gemeinsam. Dies entspricht dem Gedanken des gemeinsamen Vertragsschlusses nach § 125 und § 125a.

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

In den Verträgen zur Blankoverordnung sind nach § 125a Absatz 2 Nummer 1 und Nummer 7 sowohl alle Indikationen, die unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet sind, als auch Einzelheiten zu Kommunikation und Informationsfluss zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Heilmittelerbringern zu vereinbaren. Zu diesen Inhalten ist aktuell das Einvernehmen mit KBV und KZBV herzustellen. Dies wird dahingehend geändert, dass den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ein Recht zur Stellungnahme zusteht, wobei die Stellungnahmen von den Vertragspartnern in die Verhandlungen einzubeziehen sind. Hierdurch wird das Stellungnahmerecht außerdem gestärkt. Es muss erkennbar sein, dass sich die Vertragsparteien qualifiziert mit den Argumenten der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auseinandergesetzt haben. Daneben ist die notwendige Berücksichtigung der medizinischen Expertise der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Versorgungsprozess dadurch gewährleistet, dass die Heilmittelversorgung mit besonderer Versorgungsverantwortung stets die Diagnosestellung und Verordnung durch die Ärztin oder den Arzt voraussetzt.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Den Vertragsparteien soll es möglich sein, die Blankoverordnung (zunächst) nur für einzelne Indikationen vorzusehen, um Erfahrungen auch mit Blick auf die Evaluation und Wirtschaftlichkeit der Versorgungsform zu sammeln.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Ziel einer Erhöhung der Rechtssicherheit wird durch die Änderung der bisher unbestimmte Begriff der Unverhältnismäßigkeit der Mengenausweitungen konkretisiert.

Zu Buchstabe c

Die Änderung der Evaluations- in eine Berichtspflicht gegenüber dem BMG erfolgt mit dem Ziel einer gleichbleibend aussagekräftigen Untersuchung der neuen Versorgungsform nach § 125a bei gleichzeitiger Reduzierung der finanziellen Belastung der Vertragspartner. Der Zeitpunkt für die Erstattung des Berichts wird individuell für jeden Heilmittelbereich auf vier Jahre nach dem Abschluss der Verträge nach § 125a Absatz 1 festgelegt, um eine ausreichend aussagekräftige Datengrundlage zu gewährleisten. Um die Entwicklung laufend zu begleiten, erfolgt ein Zwischenbericht an das BMG bereits nach zwei Jahren nach Abschluss der Verträge nach § 125a Absatz 1.

Zu Nummer 1e

Es handelt sich um die Streichung überholter Übergangsvorschriften und eine damit korrespondierende Anpassung der Überschrift.

Zu Nummer 1f

Bisher wurde in der Praxis eine entsprechende Vereinbarung über die Weitergeltung der bisherigen Preise oder Verträge im Rahmen des Schiedsverfahrens zwischen den Parteien geschlossen. Um jedoch auch schon vor der Einigung auf eine Schiedsperson Rechtssicherheit zu haben, stellt die neue Regelung verbindlich klar, dass bis zur Entscheidung durch die Schiedsperson sowohl die bisherigen Preise als auch der bisherige Vertrag weitergelten.

Zu Nummer 1g**Zu Buchstabe a**

Zur Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten werden nach dem 31. Dezember 2018 zugelassene oder genehmigte Immunglobuline menschlicher Herkunft aus dem sogenannten erweiterten Preismoratorium nach § 130a Absatz 3a Satz 4 ausgenommen. Dies gilt nicht, soweit es sich um Neuzulassungen handelt, die sich lediglich auf andere Wirkstärken oder Ausbietungen beziehen. Mit der Regelung wird auf die besondere Versorgungssituation im Bereich der Immunglobuline reagiert. Es besteht seit einigen Jahren bereits eine angespannte Versorgungssituation mit fehlenden Therapieoptionen, die sich durch die COVID-19-Pandemie und die damit einhergehende globale Verknappung des Ausgangsstoffes menschliches Blutplasma weiter verschärft hat.

Die finanziellen Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) belaufen sich jährlich auf einen niedrigen ein- bis niedrigen zweistelligen Millionenbereich.

Zu Buchstabe b

Um nachvollziehen zu können, welche Auswirkungen die Änderung in Satz 4 zweiter Halbsatz hat, wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit einen entsprechenden Bericht vorzulegen.

Zu Nummer 2

In § 137i Absatz 3 Satz 4 wird der klarstellende Hinweis aufgenommen, dass die Befugnis des Bundesministeriums für Gesundheit, das Institut für das Entgelt im Krankenhaus (InEK) mit Sachverständigengutachten zu beauftragen, auch die Prüfung umfasst, ob Pflegepersonaluntergrenzen in Notaufnahmen Anwendung finden können.

Zu Nummer 3

Die bisher als § 137l vorgesehene Vorschrift wird aus rechtssystematischen Gründen nach dem § 137j als § 137k eingefügt und der bisherige § 137k wird in abgeänderter Form zu § 137l. Infolgedessen wird die Überschrift angepasst. Im Einzelnen beinhaltet der neue § 137k im Vergleich zu der im Gesetzentwurf zunächst als § 137l vorgesehenen Regelung folgende Anpassungen:

In Absatz 1 Satz 2 wird durch die Streichung des Wortes „nichtintensivmedizinischen“ in den Nummern 1 bis 3 deutlich, dass sich die Verpflichtungen der Krankenhäuser zur Übermittlung der Daten nach den Nummern 1 bis 3 nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 4 und 5 auch auf die Stationen der intensivmedizinischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern beziehen. Diese Änderung ergibt sich aus der Ausweitung der Verordnungsermächtigung in Absatz 4 auf alle Bereiche der Somatik. Dementsprechend sind durch den Wegfall der Beschränkung auf die nichtintensivmedizinische Versorgung in Absatz 4 auch die Regelungen in Absatz 1 anzupassen.

In Absatz 1 wird in Satz 4 (neu) entsprechend der Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 460/22 (Beschluss), Nummer 12) eine Regelung aufgenommen, nach der das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den zuständigen Landesbehörden eine Zusammenstellung der Angaben nach Absatz 1 Satz 2 jährlich übermittelt. Zudem wird eine Übermittlungspflicht an das Bundesministerium für Gesundheit ergänzt. Dem Absatz 4 Satz 2 wird diesbezüglich eine neue Nummer 7 angefügt, auf deren Grundlage das Bundesministerium für Gesundheit die Einzelheiten der Übermittlung in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 regeln kann.

In Absatz 2 wird die vom Bundesministerium für Gesundheit zu beauftragende Erprobung um den Bereich der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern erweitert. Damit soll auch die von den entsprechenden Fachgesellschaften entwickelte Kinder-PPR 2.0 für Kinder-Intensivstationen einem Praxistest unterzogen werden.

Nach Absatz 2 wird ein neuer Absatz 3 eingefügt, in dem ein Pilotverfahren zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsinstrumentes auf bettenführenden Stationen der intensivmedizinischen Versorgung von Erwachsenen geregelt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt zu diesem Zweck spätestens bis zum 31. Oktober 2023 einen Auftragnehmer (eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen bzw. eine Sachverständige), der die Entwicklung und anschließende Erprobung durchführt. Im Entwicklungs- und Erprobungsprozess sind insbesondere existierende Instrumente und Ansätze zur Pflegepersonalbemessung, wie etwa INPULS® zu berücksichtigen, es sollen ebenfalls die Auswirkungen des zu entwickelnden Personalbemessungsinstrumentes auf Kinder-Intensivstationen überprüft werden. Der Auftragnehmer bestimmt eine repräsentative Anzahl der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser, die dann verpflichtet sind, ihm entsprechende Daten über die Anzahl der Pflegekräfte zu übermitteln. Im Hinblick auf die weiteren Modalitäten des Verfahrens gelten die Bestimmungen des Absatzes 2 Satz 4, 5 und 7 entsprechend. Die Nummerierung der nachfolgenden Absätze wird entsprechend angepasst.

In Absatz 4 Satz 1 wird durch die Ersetzung des Wortes „ohne“ durch „mit“ Zustimmung des Bundesrates deutlich gemacht, dass der Erlass von Vorgaben zur Personalbemessung in der Pflege nach Absatz 4 mit Zustimmung des Bundesrates zu erfolgen hat. Das Zustimmungserfordernis gilt gleichermaßen für die in Absatz 5 vorgesehene Verordnungsermächtigung.

In Absatz 4 Satz 1 wird zudem durch die Streichung des Wortes „nichtintensivmedizinischen“ die Verordnungsermächtigung, die bisher auf die Festlegung von Vorgaben für die Personalbemessung in der Pflege auf nichtintensivmedizinischen Stationen begrenzt war, um den Erlass von Vorgaben für die Pflege auf Intensivseinheiten erweitert. Damit kann das Bundesministerium für Gesundheit auch für Intensivseinheiten durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte erlassen.

Durch die Einfügung des Wortes „erstmals“ in Absatz 4 Satz 1 wird klargestellt, dass die Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit fortlaufend besteht. Damit wird auch sichergestellt, dass die sich aus der Entwicklung und modellhaften Erprobung nach Absatz 3 sowie aus der Weiterentwicklung nach § 137l ergebenden Änderungen vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung umgesetzt werden können.

Der bisherige Absatz 5 wird gestrichen, die Nummerierung der nachstehenden Absätze wird entsprechend angepasst. Der dort bisher vorgesehene Vorrang von Entlastungstarifverträgen wird aufgehoben, um eine bundesweite Anwendung und Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Bemessungsverfahren sicherzustellen. Die PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 zielen unter anderem darauf ab, Erfüllungsgrade auf der Basis von bundesdurchschnittlichen Werten zu definieren. Dazu müssen alle Krankenhäuser die Vorgaben zur Personalbemessung verpflichtend anwenden.

Zu Nummer 3a

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die sich aus der Einfügung des neuen § 137k ergibt. Die bisherige Vorschrift des § 137k wird zu § 137l.

Da der neue § 137l (vormals § 137k) als wissenschaftlicher Weiterentwicklungsauftrag ausgestaltet wird, wird die Überschrift entsprechend angepasst.

Im neuen § 137l (vormals § 137k) wird die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessung nach § 137k vorgesehen. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die von den Vertragsparteien erarbeiteten Ergebnisse und kann diese im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 137k Absatz 4 berücksichtigen.

Nach Absatz 1 Satz 1 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die Weiterentwicklung der in der Rechtsverordnung nach § 137k Absatz 4 festgelegten Vorgaben sicherzustellen. Insbesondere die Pflegeverbände haben in der Anhörung deutlich gemacht, dass die PPR 2.0 als Startpunkt einer Entwicklung zu verstehen ist und es einer steten Aktualisierung und Verbesserung bedarf, um ein zeitgemäßes und umfassendes Personalbemessungsinstrument in der Pflege sicherzustellen. Dabei kann sich die Weiterentwicklung auf sämtliche in der Verordnung nach § 137k Absatz 4 festzulegende Vorgaben beziehen. Schwerpunkte der Weiterentwicklung der in der Rechtsverordnung nach § 137k Absatz 4 festzulegenden Vorgaben sind dabei mindestens auf die drei Themenbereiche Standardisierung, digitale Anwendung sowie Abbildung einer bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals (Qualifikationsmix) zu legen: Es sind mithilfe wissenschaftlicher Expertise Vorschläge für eine standardisierte, möglichst einheitliche Anwendung der Vorgaben zur Ermittlung der Soll-Personalbesetzung vorzulegen, um unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten vor allem hinsichtlich der Einordnung des Pflegebedarfes vorzubeugen. Auch ist zu prüfen, wie die Erfassung der Ist- und Soll-Personalbesetzung möglichst aufwandsarm gestaltet und weitestgehend aus bereits vorhandenen, insbesondere digital erfassten Daten abgeleitet werden kann. Zudem kann die vorgelegte PPR 2.0 einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix bislang nicht abbilden, sodass im Rahmen der Weiterentwicklung insbesondere diese Thematik vertieft bearbeitet werden sollte.

Nach Absatz 1 Satz 2 untersuchen die Vertragsparteien zudem, ob und auf welche Weise die Notaufnahmen mit adäquaten Regelungen zur Personalbemessung in der Pflege bedacht werden können.

Bis zum 31. Dezember 2024 ist dem Bundesministerium für Gesundheit ein Abschlussbericht zu den Ergebnissen der wissenschaftlichen Weiterentwicklung nach den Sätzen 1 und 2 des Absatzes 1 von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorzulegen.

Auf die Durchführung der Weiterentwicklung finden die vorhandenen Bestimmungen des § 137l (vormals § 137k) Anwendung. Die in den Absätzen 3 und 4 vorgesehenen Fristen werden angepasst. Danach haben die

Vertragsparteien nach Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2023 eine Beschreibung des Inhalts der geplanten Beauftragung sowie einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen vorzulegen. Die Beauftragung hat spätestens bis zum 30. September 2023 zu erfolgen.

Wenn eines der gesetzlich festgelegten Zeitziele oder eines der im Zeitplan nach Absatz 3 Satz 1 abgestimmten Zeitziele nicht fristgerecht erreicht wird und dadurch die fristgerechte Weiterentwicklung gefährdet wird, kann das Bundesministerium für Gesundheit gemäß Absatz 4 Satz 1 einzelne Verfahrensschritte selbst durchführen. Die der Selbstvornahme vorausgehende Einschätzung, ob die fristgerechte Entwicklung und Erprobung gefährdet wird, nimmt das Bundesministerium für Gesundheit vor.

Wenn die Vertragsparteien sich nicht bis zum 31. März 2023 über den Inhalt der Beauftragung geeinigt haben, kann das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 4 Satz 2 die Weiterentwicklung auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 selbst durchführen und die Beauftragung nach Absatz 1 Satz 4 bis zum 31. Dezember 2023 vornehmen.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Anpassung vor dem Hintergrund der hohen Komplexität der Festlegungen und des erforderlichen Zeitbedarfs zur Einrichtung der Prüfverfahren- und -prozesse.

Zu Nummer 6a

Mit der Ergänzung in Absatz 4 werden Entnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2023 und 2024 um jeweils 378 Millionen Euro geregelt. Diese Mittel dienen der Finanzierung der Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die einerseits aus der Gewährung eines krankenhausesindividuellen garantierten angehobenen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) (270 Mio. Euro) und andererseits aus einer zusätzlichen Finanzierung für Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe nach § 5 Absatz 2b und 2c KHEntgG (108 Mio. Euro) entstehen.

Für die Entnahme im Jahr 2023 wird bestimmt, dass sie das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr 2022 im Jahresausgleich nach § 266 Absatz 7 Satz 3 erhöht. Die Regelung ist erforderlich, da der Betrag aus zeitlichen Gründen weder vom Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 bei seiner Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2023 noch vom Bundesministerium für Gesundheit bei der Festlegung der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 für das Jahr 2023 berücksichtigt werden kann. Da sich das Zuweisungsvolumen für ein Ausgleichsjahr aus der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a maßgeblichen Werte für das Ausgleichsjahr bestimmt, kann das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr 2023 nicht über eine Zuführung in die Einnahmen des Gesundheitsfonds erhöht werden.

Mit der Regelung wird das Zuweisungsvolumen im Jahresausgleich des Jahres 2022 und nicht das Zuweisungsvolumen des Jahresausgleichs 2023 erhöht, da die Krankenkassen die finanziellen Mittel bereits im Jahr 2023 erhalten sollen. Dies ist notwendig, da die Mehrausgaben den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2023 entstehen. Der Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2023 erfolgt jedoch erst im November 2024, sodass die Kompensation der Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nicht im Jahr 2023 erfolgen würde.

Der Betrag, der dem Gesundheitsfonds nach dem neuen Satz 4 im Jahr 2024 zugeführt wird, kann hingegen im regulären Verfahren vom Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2024 und vom Bundesministerium für Gesundheit bei der Festlegung der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 für das Jahr 2024 berücksichtigt werden.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der Terminanpassung in § 291a Absatz 4 Satz 2.

Zu Buchstabe b

Zu 2. und 3.

Für die Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) ist der Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit einer kontaktlosen Schnittstelle und einer persönlichen Identifikationsnummer (PIN) von Vorteil. Es ist jedoch erforderlich, dass die Ausgabe und die Nutzungsmöglichkeit für die Anwendungen aufeinander abgestimmt sind. Daher soll die Krankenkasse regelmäßig den Versicherten, die eine elektronische Patientenakte (ePA) beantragen und damit erkennbar Anwendungen der TI nutzen wollen, parallel sowohl eine solche eGK als auch eine PIN zur Verfügung stellen. Denjenigen, die bereits die ePA bis zum 31. Dezember 2022 beantragt haben, sollen bis spätestens zum 30. Juni 2023 nachträglich eine NFC-fähige eGK und eine PIN zur Verfügung gestellt werden (sofern nicht bereits erfolgt).

Zu 4.

Die Zahl derjenigen Personen, die den elektronischen Identitätsnachweis des elektronischen Personalausweises, der eID-Karte für Unionsbürgerinnen und -bürger oder des elektronischen Aufenthaltstitels (eID-Funktion) nutzen, ist im Jahr 2022 sprunghaft angestiegen, unter anderem durch den digitalen BAföG-Antrag oder durch die elektronische Abgabe der Grundsteuermeldung. Im Rahmen der Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes werden kurzfristig weitere Verwaltungsverfahren mit Breitenwirkung hinzukommen, die die Onlinenutzung ermöglichen, bei denen sich die Nutzenden mithilfe der eID-Funktion authentifizieren können. Die Krankenkassen werden daher verpflichtet, solchen Versicherten, die die eID-Funktion auch zu diesem Zweck nutzen möchten, ein Verfahren nach § 336 Absatz 5 Nummer 3 und ein Verfahren nach § 336 Absatz 6 unter Nutzung der eID-Funktion anzubieten.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Fristanpassung in § 217f Absatz 4b Satz 4.

Zu Buchstabe e**Zu Doppelbuchstabe bb**

Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur einer fehlerhaften Fristanpassung. Die Anpassung ist die Folge der Anpassung der Frist in § 291a Absatz 4 Satz 2.

Zu den Doppelbuchstaben cc und dd

Die Neuregelungen sollen dem Versicherten zum Zweck der Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit die Nutzung niedrigschwelligerer Authentifizierungsverfahren ermöglichen. Im Rahmen der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (DSGVO) ist es möglich, dass bestimmte, regelmäßig vorzuhaltende technische und organisatorische Maßnahmen zur Umsetzung der Datensicherheit nach Artikel 32 DSGVO auf den ausdrücklichen Wunsch der betroffenen Person hin ihr gegenüber im Einzelfall in vertretbarem Umfang nicht angewendet werden. Diese Reduzierung der technischen und organisatorischen Maßnahmen muss dabei freiwillig und eigeninitiativ erfolgen, wobei die betroffene Person in verständlicher Art und Weise über den Umstand der Absenkung der Datensicherheit und deren Konsequenzen informiert sein muss.

Die Versicherten können sich somit bei der Verwendung eines Authentifizierungsverfahrens bezüglich des Sicherheitsstandards frei entscheiden. Um die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität an niedrigschwelligere Authentifizierungsverfahren zu gewährleisten, werden diese von der Gesellschaft für Telematik im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit verbindlich festgelegt.

Zu Nummer 13**Zu Buchstabe c**

Auch die Frist nach § 291a Absatz 4 Satz 2 soll durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit verlängert werden können.

Zu Nummer 16**Zu Buchstabe a**

Die Fristverschiebung ist erforderlich, da sich die von der Gesellschaft für Telematik durchzuführenden Maßnahmen verzögern.

Zu Nummer 17

Zu § 332a

Auch für die Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen sollen die Vorgaben des § 332a Absatz 1 Anwendung finden.

Zu § 332b

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollen in die in § 332b geregelten Rahmenvereinbarungen mit den Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme auch Regelungen zu Vertragsstrafen aufnehmen können.

Zu Nummer 19**Zu Buchstabe d**

Für die Festlegungen der erforderlichen technischen Vorgaben für die Identifizierung der Versicherten in einer Apotheke wird anstatt des Benehmens das Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vorgesehen, damit den Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit bestmöglich Rechnung getragen werden kann.

Zu Nummer 20**Zu Doppelbuchstabe bb**

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Terminanpassungen in §§ 312 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 (Artikel 1, Nr. 16c) und 291 Absatz 8 Satz 1 (Artikel 1, Nr. 11d).

Zu Nummer 22**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe cc**

Bislang gibt es nur wenige Medizinische Informationsobjekte (MIOs) zur Speicherung in der elektronischen Patientenakte, die zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt werden könnten. Darüber hinaus wird auch das Forschungsdatenzentrum seinen Betrieb nicht rechtzeitig aufnehmen. Daher ist eine weitere Fristverschiebung erforderlich.

Zu Nummer 23**Zu Buchstabe d**

Die Fristverschiebung ermöglicht die Staffelung der Handlungsaufträge im Zusammenhang mit der Umsetzung der Möglichkeit der Übermittlung von Daten aus Backendsystemen von Hilfsmitteln und Implantaten über digitale Gesundheitsanwendungen in die elektronische Patientenakte. Durch die Verschiebung der Frist kann bei den semantischen und syntaktischen Festlegungen bereits die technische Spezifikation der Gesellschaft für Telematik berücksichtigt werden.

Zu Nummer 27**Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und zu Buchstabe b**

Die Fristverschiebung ist erforderlich, da sich die Umsetzung der für die Nutzung der elektronischen Verordnung für Betäubungsmittel sowie für Arzneimittel nach § 3a Absatz 1 Satz 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung erforderlichen Vorarbeiten verzögert.

Zu Nummer 28

Im Rahmen der Verordnungsermächtigung für die Einzelheiten der E-Rezept-Schnittstellen wird anstatt des Benehmens das Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vorgesehen, damit den Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit bestmöglich Rechnung getragen werden kann.

Die genannten Mehrwertangebote gelten gleichermaßen auch für Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen, weshalb diese ebenfalls als authentifizierte Berechtigte in die einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen aufgenommen werden müssen.

Zu Nummer 28a**Zu Buchstabe a**

Die Verschiebung der Frist wird notwendig, weil die durchzuführenden technischen Konzeptions- und Umsetzungsarbeiten innerhalb des vorgesehenen Zeitrahmens nicht abgeschlossen werden können.

Zu Buchstabe b

Der Auftrag zur Konzeption einer geeigneten Schnittstelle, über die der Versicherte Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten an digitale Gesundheitsanwendungen übertragen kann, wird an die Gesellschaft für Telematik übertragen, da eine Integration der Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur sowie möglicherweise auch die Bereitstellung ergänzender Dienste erforderlich sind, um eine sichere, interoperable und zukunfts offene Umsetzung sicherzustellen. Bei der Konzeption der Schnittstelle soll auch eine spätere Nutzung für eine direkte Übertragung von Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten in die elektronische Patientenakte bereits vorgesehen werden.

Zu Nummer 28b und zu Nummer 28d

Die Neuregelungen beinhalten eine umfassende Umgestaltung des bisherigen Verfahrens zur Erstattung der den Leistungserbringern durch die Ausstattung mit Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur sowie deren Betrieb entstehenden Kosten. Durch das neue Finanzierungsmodell der Zahlung einer monatlichen TI-Pauschale durch die Krankenkassen an Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Apotheken soll sowohl für die Kostenträger als auch für die Leistungserbringer Planungssicherheit geschaffen werden. Denn der derzeit nur im Rahmen einer Anschubfinanzierung vorgesehene Erstattungsanspruch wird verstetigt und klargestellt, dass zukünftig dauerhaft ein Ausgleichsanspruch auf Zahlung einer gesetzlich festgelegten Pauschale besteht. Zwar gilt grundsätzlich, dass Betriebs- und Investitionskosten hinsichtlich der Ausstattung und Infrastruktur von Vertragsarztpraxen und Apotheken durch diese selbst zu tragen sind (beziehungsweise in die Verhandlungen zur Anpassung des Orientierungswertes gemäß § 87 Absatz 2g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingebracht werden). Der vernetzten Digitalisierung im Gesundheitswesen kommt jedoch für eine zeitgemäße und sichere Gesundheitsversorgung ein derart hoher Stellenwert zu, dass es bei dem agilen Prozess der Weiterentwicklung der digitalen Infrastruktur einer fairen und verlässlichen Kostenverteilung bedarf. Feste monatliche TI-Pauschalen tragen dem Rechnung.

Die bisherigen Regelungen zu Einmalpauschalen haben sich nicht bewährt und sind auch langfristig mit Blick auf den vorgesehenen Anschluss einer Vielzahl von Leistungserbringergruppen an die Telematikinfrastruktur nicht mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit vereinbar.

Zu § 376

Die Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass es zukünftig, für die Ärzte, Zahnärzte und Apotheker monatliche Pauschalen für die telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten geben wird. Der Verweis auf den zwischenzeitlich weggefallenen § 4 Absatz 4 Satz 2 und 6 wird gestrichen.

Zu § 378**Absatz 1**

Vertragsärzte und Vertragszahnärzte erhalten nach Satz 1 ab dem 1. Juli 2023 zum Ausgleich der in § 376 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten eine monatliche Pauschale (TI-Pauschale) von den Krankenkassen.

Absatz 2

Die Höhe der TI-Pauschale und die der Berechnung zugrunde zu legenden Komponenten und Dienste sowie Festlegungen zur Abrechnung der TI- Pauschale werden von den Bundesmantelvertragspartnern bis zum 30. April 2023 vereinbart und in den Bundesmantelverträgen festgelegt. Sofern diese Frist nicht eingehalten wird, legt aufgrund der Bedeutsamkeit für die zügige Weiterentwicklung des Digitalisierungsprozesses des Gesundheitswesens das Bundesministerium für Gesundheit den Vereinbarungsinhalt fest.

Absatz 3

Die Bundesmantelvertragspartner legen fest, welche gesetzlich vorgesehenen Komponenten und Dienste die erforderliche Ausstattung bilden. Sie regeln auch, welche gesetzlich vorgesehenen Komponenten und Dienste zum jeweiligen Erstattungszeitpunkt vorhanden sein müssen.

Absatz 4

Die ab dem 1. Juli 2023 geltende TI-Pauschale findet zunächst zwei Jahre lang unverändert Anwendung. Die Bundesmantelvertragspartner haben in der Vereinbarung nach Absatz 2 auch eine Übergangsregelung für diejenigen Leistungserbringer zu vereinbaren, die bereits Erstattungen nach den bis zum 30. Juni 2023 anwendbaren Regelungen erhalten haben. Leistungserbringer, die kurz vor der Einführung der neuen Erstattungsregelung eine Erstausrüstung beziehungsweise einen neuen Konnektor gekauft und nach dem bisherigen Finanzierungssystem eine Erstattung der entsprechenden Kosten erhalten haben, sollen nicht bessergestellt sein als solche, die sich erst unter Geltung des neuen Finanzierungssystems ausstatten. Ohne eine Übergangsregelung würden erstere sowohl die Einmalpauschale nach dem alten System als auch die monatliche Pauschale nach dem neuen System in voller Höhe erhalten, letztere dagegen lediglich die monatliche Pauschale.

Absatz 5

Die Bundesmantelvertragspartner verhandeln die Höhe der TI-Pauschale alle zwei Jahre neu. Bei einer Änderung der Marktverhältnisse und Rahmenbedingungen können sie eine neue Vereinbarung treffen. Solange keine neue Vereinbarung getroffen wird, gilt die bisherige Vereinbarung fort.

Zu § 379

Insoweit wird entsprechend auf die Begründung zu § 378 verwiesen. § 379 stellt den Gleichklang für die Apotheken her.

Zu Nummer 28c und zu Nummer 28e

Es handelt sich jeweils um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 376.

Zu Nummer 28f**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 376.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird den Besonderheiten der Einrichtungen, die ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erbringen, Rechnung getragen. In diesen Einrichtungen wird jeweils überwiegend nur eine geringe Anzahl von Personen pro Jahr betreut. Um negative Folgen für diese Einrichtungen, insbesondere Unter- oder Überzahlung bei Belegungsschwankung zu vermeiden, kann von dem Abrechnungsverfahren zum Ausgleich der Kosten für diese Einrichtungen abgewichen werden.

Zu Nummer 28g

Im Rahmen der IOP-Governance-Verordnung wurde im Rahmen der Schaffung der notwendigen Arbeitsstrukturen der Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen eine Wissensplattform für Interoperabilität im Gesundheitswesen aufgebaut. Diese neue technische Plattform firmiert unter dem Namen „Interoperabilitätsnavigator für Digitale Medizin (INA)“. Durch die hiesige Regelung wird erreicht, dass das Interoperabilitätsverzeichnis im Rechtssinn nach § 385 über die technische Infrastruktur der Wissensplattform „INA“ weiterbetrieben wird, das ehemals über „vesta“ betrieben wurde.

Die Erfahrungswerte von vesta waren Grundlage für die iterative Weiterentwicklung zur Wissensplattform „INA“. Mit Inkrafttreten des Gesetzes sind nur die Eintragungen in INA rechtlich maßgeblich. Die Wissensplattform war aus dem Interoperabilitätsverzeichnis „vesta“ nach § 385 weiterzuentwickeln. Hierzu war zunächst ein paralleler Betrieb von „vesta“ und der Wissensplattform „INA“ erforderlich. Inzwischen wird das Interoperabilitätsverzeichnis über „INA“ betrieben.

Zu Nummer 31

Mit der Änderung wird § 418 um einen Satz 2 ergänzt. Die Änderung nimmt Bezug auf § 130a Absatz 3c Satz 7, nach dem im Fall der Vereinbarung eines Herstellerabgabepreises nach § 130a Absatz 3c Satz 6 stets der erweiterte Preismoratoriumsabschlag bis zum Geltungsbeginn des vereinbarten Herstellerabgabepreises zu erstatten ist. Diese Rechtsfolge ist nicht für jede Konstellation angemessen, da einzelne pharmazeutische Unternehmer bereits in der Vergangenheit durch Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 eine wirtschaftliche Versorgung sichergestellt haben. Durch die Ergänzung wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen somit die Möglichkeit gegeben, für diese Fälle sachgerechte Lösungen in der Vereinbarung zum Herstellerabgabepreis herzustellen.

Zu Nummer 32

Die Übergangsregelung bewirkt, dass Vorstandswahlen für die Amtsperiode 2023 bis 2028, die bereits vor dem Datum des auf die 3. Lesung des Gesetzes im Deutschen Bundestag folgenden Tages stattgefunden haben, ihre Gültigkeit behalten und die wirksam gewählten Vorstandsmitglieder ihr Amt zu Beginn der neuen Amtsperiode antreten können. Von der Übergangsregelung erfasst sind darüber hinaus auch die Vorstandsmitglieder, die über den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung bereits im Amt sind. Damit können auch bestehende Ämter bis zu ihrem vorgesehenen Ende wahrgenommen werden. Scheidet ein Vorstandmitglied nach Inkrafttreten der Neuregelungen während der laufenden Amtsperiode aus, sind die Vorgaben des § 79 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz und Satz 2 zweiter Halbsatz hingegen zu beachten.

Zu Artikel 1a

Zu Absatz 12

Für mehrere Bereiche im Gesundheitswesen ist eine semantische Standardisierung von Inhalten für die digitale Kommunikation erforderlich. Diese semantischen Standardisierungen werden auf unterschiedlichen Plattformen bereitgestellt. Beispielsweise werden in Absatz 1 die festzulegenden Inhalte der elektronischen Patientenakte beschrieben und in § 219d ist die semantische Standardisierung für den grenzübergreifenden Austausch festgelegt. Im Zusammenspiel der verschiedenen Anwendungsfelder soll eine einheitliche Bereitstellung von Kodiersystemen (Terminologien, Klassifikationen und weiteren semantischen Standards) den Zugriff und die Verwendung für die Anwendungssysteme im Gesundheitswesen ermöglichen. Hierbei sind auch Betreiber bereits bestehender oder im Aufbau befindlicher Terminologieserver etwa im Bereich der medizinischen Forschung und der Universitätsmedizin einzubeziehen sowie bestehende semantische Standardisierungen für andere Zwecke zu berücksichtigen (beispielsweise semantische Standardisierungen für Register), die in der Bereitstellung auf dem neu zu schaffenden Terminologieserver aufgenommen werden sollten, um die semantische Standardisierung im Gesundheitswesen bereichsübergreifend zu harmonisieren.

Zu Absatz 13

Der Terminologieserver soll im Zusammenspiel mit dem Interoperabilitätsverzeichnis ausgestaltet werden, um einen zentralen Anlaufpunkt für die Anwender auszubauen und um die entsprechenden Inhalte zu erweitern. Hierfür baut die Gesellschaft für Telematik die Infrastruktur auf. Die Gesellschaft für Telematik etabliert das Anwendungssystem mit einem Workflow. Dieser umfasst unter anderem auch die Möglichkeit zum Stellen eines Antrags zur Einstellung neuer Kodiersysteme, Anträge können auch auf die Einstellung anwendungsbezogener Teilmengen von Kodiersystemen abzielen oder auf die Änderung bestehender Inhalte von Kodiersystemen gerichtet sein. Um Beantragungs- und Anpassungsprozesse im Bereich Interoperabilität und Standardisierung einheitlich zu gestalten, soll hierbei eine enge prozessuale und fachliche Verzahnung mit der Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen unter Einbindung der Nutzerseite erfolgen. Vertreter von mit Fragen der semantischen Standardisierung und Interoperabilität von Terminologien befassten Plattformen wie die Medizininformatik-Initiative sind hierbei angemessen zu beteiligen. Die fachliche Gesamtverantwortung obliegt dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, welche die Inhalte des Terminologieservers im Rahmen seiner Aufgaben als nationales Kompetenzzentrum für Terminologien koordiniert, pflegt und überarbeitet. Hierbei etabliert

das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auch Abläufe, um gegensätzliche Anforderungen zu konsolidieren, die an die bereitgestellte Kodiersysteme, an deren anwendungsbezogene Teilmengen (sogenannte „Value Sets“), an Änderungen bestehender Kodiersysteme oder andere anwendungsbezogene Teilmengen gestellt werden.

Zu Artikel 1b

Die Finanzierung der Kosten der Gesellschaft für Telematik erfolgt nach § 316 Absatz 1 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Dies ist anzupassen, da es sich beim Terminologieserver nicht um eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, sondern um eine Aufgabe des Bundes.

Zu Artikel 2

Zu den Nummern 0 und 0c

Die Regelungen des § 4a machen die Ergänzung in der Inhaltsübersicht und in § 3 erforderlich, woraus hervorgeht, dass die Vergütung voll- oder teilstationärer Krankenhausleistungen nunmehr auch durch ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt.

Zu Nummer 0a

Die Regelung sieht vor, dass die von Krankenhäusern erbrachten speziellen sektorengleichen Leistungen für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von deren Versicherungsstatus einheitlich mit der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V vergütet werden.

Zu Nummer 0b

Der Prüfbericht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nach § 2 Absatz 4 Satz 1 hatte u. a. zum Ergebnis, dass der von ihr herausgegebene Nebenkostentarif (DKG-NT) noch keine Ziffern zur geeigneten Abbildung und Abrechnung von Telekonsilen enthält, die durch Krankenhäuser erbracht werden. Die DKG wird daher verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2023 die Höhe von Vergütungen für telekonsiliarärztliche Leistungen, die zwischen Krankenhäusern erbracht werden, zu veröffentlichen. Hierdurch sollen die Möglichkeiten zur Abrechnung von telekonsiliarärztlichen Leistungen zwischen Krankenhäusern gestärkt und damit letztlich auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit telemedizinischen Leistungen verbessert werden.

Zu Nummer 1

Zu den Buchstaben a und b

Bei der Vereinbarung eines Erlösbudgets nach § 4 wird für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahren alt sind, ein vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nach § 4a zu ermittelndes krankenhausespezifisches angehobenes Erlösvolumen zugrunde gelegt, welches auf Grundlage bundesweit bewerteter Fallpauschalen für vollstationäre und teilstationäre Leistungen der maßgeblichen Fälle ermittelt wird. Dieses Erlösvolumen ist nicht Bestandteil des Erlösbudgets nach § 4 Absatz 1. Für die Darstellung der darauf entfallenden Leistungen können die Vertragsparteien auf Bundesebene eine gesonderte Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB, Blatt E1) vorgeben. Fallpauschalen, die für Neugeborene und Säuglinge unter 28 Tagen und Jugendliche über 16 Jahren abgerechnet werden, Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie unbewertete Fallpauschalen, d.h. krankenhausespezifische Entgelte, sind weiterhin Bestandteil des Erlösbudgets. Es wird die Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 8. Juli 2022 zur Pädiatrie dahingehend umgesetzt, dass das Modell, das eine Fortschreibung von angehobenen abteilungsindividuellen Erlösen ohne Leistungsbezug vorsieht, Grundlage für die vorliegenden gesetzlichen Änderungen wird. Das auf der Basis der Erlöse des Jahres 2019 zu ermittelnde Erlösvolumen wird preisseitig in das Jahr 2023 beziehungsweise in das Jahr 2024 transferiert und um einen prozentual bemessenen Betrag gesteigert. Zugleich und insbesondere wird das Erlösvolumen für somatische Krankenhäuser, die DRGs abrechnen, leistungsunabhängig garantiert. Durch die Garantie des Erlösvolumens wird erreicht, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren gegenüber der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems abgesichert ist.

Aufgrund der Neufassung der Nummer 1 wird die bereits im Gesetzentwurf enthaltene Änderung in § 4 Absatz 2a Satz 10 in den Änderungsantrag aufgenommen.

Zu Buchstabe c

Das im Jahr 2013 eingeführte Hygiene-Förderprogramm ist ein Finanzierungsinstrument, das die Krankenhäuser bei der personellen Ausstattung mit Hygienepersonal entsprechend der Vorgaben des Infektionsschutzrechts unterstützen sollte. Die Förderungen im Bereich der Infektiologie werden schwerpunktmäßig mit der Verlängerung des Programms ab 2022 verstärkt. Die COVID-19-Pandemie hat die Bedeutung infektiologischer Expertise in den Kliniken gezeigt. Das Förderprogramm wird daher ab 2023 um weitere drei Jahre verlängert, inhaltlich auf die Infektiologie beschränkt und als „Infektiologieförderprogramm“ fortgeführt.

§ 4 Absatz 9 Satz 1 regelt die Förderung der personellen Ausstattung für den Bereich der Krankenhaushygiene. Die auf der Grundlage von § 23 Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erlassenen Landesverordnungen regeln die Anforderungen an die Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal. Seit 2020 sind nach dem Auslaufen der in § 23 Absatz 8 Satz 2 Nummer 3 IfSG genannten Frist für Übergangsregelungen keine Ausnahmen mehr vorgesehen. Auch wenn der Bedarf an Hygienefachpersonal weiterhin noch nicht in allen Krankenhäusern gedeckt ist, ist eine weitere Förderung mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr angemessen. Die im Jahr 2022 abgerechneten Personalförderungen werden nach geltender Rechtslage nach Ende der Förderperiode 2022 basiswirksam in die Landesbasisfallwerte für das Jahr 2023 überführt und kommen dann allen Krankenhäusern zugute.

Die Förderung nach Satz 1 wird nicht verlängert und läuft am 31. Dezember 2022 aus.

Zu Doppelbuchstabe aa

§ 4 Absatz 9 Satz 2 greift die Tatbestände im Bereich der Infektiologie mit einem verlängerten Förderzeitraum auf. Hier wird der Tatsache Rechnung getragen, dass auf dem 124. Deutschen Ärztetag die bundesweite Einführung eines Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie beschlossen wurde. Eine mehrjährige Facharztweiterbildung war zuvor nur in Mecklenburg-Vorpommern möglich. In allen anderen Ländern bestand lediglich die Möglichkeit eine einjährige Zusatzweiterbildung in Infektiologie zu durchlaufen. Diese Zusatzweiterbildung Infektiologie wird weiterbestehen und steht allen klinischen Fachdisziplinen offen. Zentrale Inhalte der strukturierten Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS) wurden in die Curricula der Weiterbildung für den neu etablierten Facharzt Innere Medizin und Infektiologie überführt.

§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 regelt in Bezug auf den vorgenannten Bereich die Förderung von Neueinstellungen, Stellenbesetzungen und Aufstockungen. Gefördert werden nach der Einführung der Vorschrift, also nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Personalmaßnahmen. Der Förderzeitraum soll nunmehr bis einschließlich 2025 laufen, davon ausgenommen ist die Förderung der Zusatzweiterbildung Infektiologie.

Nach § 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten gefördert. Diese klinisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzte mit infektiomedizinischer Qualifikation besitzen besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der klinischen Diagnostik und Therapie komplexer Infektionen und deren Nachsorge sowie der individuellen Prophylaxe. Sie sind besonders geschult und qualifiziert, durch infektiologische Konsiliartätigkeit sachgerechte Infektionsdiagnostik und rationale Antiinfektiva-Verordnung auch im komplexen Einzelfall zu sichern, die Umsetzung hausinterner Empfehlungen zu verbessern und ein direktes Feedback an die Kollegen der verschiedenen Fachabteilungen zu geben. Die Förderung der Zusatzweiterbildung Infektiologie endet mit dem 31. Dezember 2022. Fachärztinnen und Fachärzte, denen die Zusatzweiterbildung offensteht, sind bereits in Kliniken angestellt und müssen nicht erst eingestellt werden. Mit der Fortführung des Förderprogramms soll der Schwerpunkt auf die Neueinstellung von Fachärzten in Innerer Medizin und Infektiologie gelegt werden.

§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c regelt die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen bei Fachärztinnen und Fachärzten als Expertinnen und Experten für Antibiotic Stewardship mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“. Diese ABS-Experten sollen wie auch die infektiologischen Fachärzte in ABS-Teams tätig sein und die rationale Antiinfektiva-Verordnung unterstützen. Die Maßnahmen werden ab dem 1. Januar 2023 in Höhe von 30 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten gefördert. Die Fortbildung zur ABS-Expertin oder zum ABS-Experten soll in den von den Landesärztekammern anerkannten Kursen zur „strukturierten curricularen

Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ erfolgen und umfassen derzeit 160 Unterrichtsstunden einschließlich einer zu präsentierenden Abschlussarbeit.

§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 2 und 3 regelt die Förderung von Fort- und Weiterbildungen. Der Förderzeitraum wird um drei Jahre verlängert. Um die Etablierung der neuen Facharztausbildung Innere Medizin und Infektiologie zu unterstützen, unterscheiden sich die pauschalen Fördersummen zwischen der mehrjährigen Facharztausbildung Innere Medizin und Infektiologie (jährlich 40 000 Euro) und der einjährigen Zusatzweiterbildung Infektiologie (einmalig 30 000 Euro).

§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 4 regelt die Förderung von externen Beratungsleistungen im Bereich „Antibiotic Stewardship“ und entspricht dem bisherigen § 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 3.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung von § 4 Absatz 9 Satz 6 wird klargestellt, dass die entstehenden Personalkosten für nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 bereits zum Jahresende 2016 oder 2019 ausgelaufenen Förderungen ebenso wie für zum Jahresende 2022 auslaufenden Förderungen bis zur Überführung in den Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 12 Satz 2 weiterhin finanziert werden und daher bei der Ermittlung des krankenhausespezifischen Finanzierungsbetrags unter Beachtung von Tarifierhöhungen erhöhend zu berücksichtigen sind. Dies gilt auch für die ebenfalls zum Jahresende 2022 auslaufende Förderung nach Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b (Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Infektiologie).

Zu Nummer 1a

Absatz 1

Mit dem neuen § 4a wird die Ermittlung eines krankenhausespezifischen Erlösvolumens auf Grundlage bundesweit bewerteter Fallpauschalen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in somatischen Krankenhäusern, die DRG abrechnen, geregelt. Nicht Bestandteil des Erlösvolumens sind insofern insbesondere Zusatzentgelte, krankenhausespezifische Entgelte und Zu- und Abschläge nach § 5 KHEntgG. Zu- und Abschläge für die untere und obere Grenzverweildauer sind demgegenüber als Bestandteil der effektiven Bewertungsrelationen für die bundesweit bewerteten DRGs enthalten. Zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin wird jeweils für die Jahre 2023 und 2024 (Anwendungsjahre) ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen garantiert, das sich unter prozentualer Erhöhung am Erlösvolumen des Jahres 2019 orientiert. Vor diesem Hintergrund erhält das InEK den Auftrag, auf Basis der ihm nach § 21 Absatz 1 übermittelten Daten, die nach Abschluss der Prüfung der Datenstelle auf Plausibilität für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems akzeptiert und genutzt werden, die im Jahr 2019 erbrachte Summe der effektiven Bewertungsrelationen für die maßgeblichen Fälle je Krankenhaus zu ermitteln, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahren alt sind. Mit Satz 2 wird sichergestellt, dass die Summe der effektiven Bewertungsrelationen durch das InEK um die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung am Bett bereinigt wird, da diese seit dem Jahr 2020 über das Pflegebudget finanziert wird. Zur Bereinigung steht dem InEK der Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2019 ohne Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung zur Verfügung, der im Vergleich zum Fallpauschalenkatalog durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten abgesenkte Bewertungsrelationen beinhaltet. Der um die Pflegepersonalkosten bereinigte Katalog für 2019 dient auch dazu, die im Jahr 2019 entlassenen Fälle zu gruppieren und die Überlieger zu bewerten.

Die Vorgabe der maßgeblichen Fälle für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an der durch das InEK praktizierten Eingrenzung der Gruppe der Kinder und Jugendliche mittels Altersgrenze. Neugeborene und Säuglinge im Alter unter 28 Tage werden davon abweichend jedoch nicht umfasst, da für geburtshilfliche Leistungen eine gesonderte finanzielle Förderung vorgesehen ist.

Grundsätzlich wird mithilfe des für das jeweilige Anwendungsjahr geltenden Landesbasisfallwertes (LBFW) ein krankenhausespezifisches Erlösvolumen ermittelt. Für die Ermittlung eines krankenhausespezifischen Erlösvolumens für das Jahr 2023 ist insofern grundsätzlich der LBFW für das Jahr 2023 heranzuziehen und für die Ermittlung eines krankenhausespezifischen Erlösvolumens für das Jahr 2024 ist grundsätzlich der LBFW für das Jahr 2024 heranzuziehen. Der LBFW ist zwar bis zum 30. November von den Vertragsparteien auf Landesebene für das Folgejahr zu vereinbaren, bei Nicht-Einigung und fehlender Entscheidung durch die Schiedsstelle ist es jedoch möglich, dass zum Ende des Jahres 2022 noch kein LBFW für das Jahr 2023 bzw. zum Ende des Jahres 2023 noch kein LBFW für das Jahr 2024 vereinbart wurde. Ist insofern der LBFW für das Jahr 2023 bis zum Zeitpunkt

der Ermittlung des krankenhausesindividuellen Erlösvolumens durch das InEK, die gemäß Satz 6 spätestens zum Tag nach Verkündung zu erfolgen hat, noch nicht vereinbart oder festgesetzt, wird der LBFW 2022 um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 für das Jahr 2023 erhöht. Ist der LBFW für das Jahr 2024 bis zum Zeitpunkt der Ermittlung des krankenhausesindividuellen Erlösvolumens durch das InEK, die gemäß Satz 6 spätestens zum 15. Dezember 2023 zu erfolgen hat, noch nicht vereinbart oder festgesetzt, wird der LBFW 2023 um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 für das Jahr 2024 erhöht. Die Erhöhung um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 erfolgt ausschließlich zur Ermittlung des krankenhausesindividuellen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Das für das einzelne Krankenhaus ermittelte Erlösvolumen für das Jahr 2023 ist vom InEK um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 1 und das krankenhausesindividuell ermittelte Erlösvolumen für das Jahr 2024 ist vom InEK um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 2 zu erhöhen. Das InEK veröffentlicht die krankenhausesindividuell ermittelten Erlösvolumina sowie die ermittelten Prozentsätze nach Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 auf seiner Internetseite barrierefrei bis zum Tag nach Verkündung bzw. bis zum 15. Dezember 2023, um sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Vertragsparteien auf Ortsebene die krankenhausesindividuellen Erlösvolumina für die Jahre 2023 und 2024 für die Berücksichtigung im Rahmen der Vereinbarung eines Erlösbudgets nach § 4 transparent zu machen.

Vor dem Hintergrund, dass voraussichtlich in einigen Ländern für die Ermittlung der Erlösvolumina für das Jahr 2023 der LBFW für das Jahr 2023 und in anderen wiederum der LBFW für das Jahr 2022 mit einer entsprechenden Erhöhung um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zugrunde gelegt werden wird, hat das InEK bis zum 15. Mai 2023 die von ihm ermittelten Erlösvolumina mithilfe der LBFW für das Jahr 2023 zu aktualisieren und um den aktualisierten Prozentsatz für das Jahr 2023 nach Absatz 2 Satz 3 zu erhöhen und ebenfalls auf seiner Internetseite barrierefrei zu veröffentlichen. Für die Aktualisierung der Erlösvolumina für das Jahr 2024 bis zum 15. Mai 2024 ist vom InEK unter Anwendung des LBFW für das Jahr 2024 und dem aktualisierten Prozentsatz für das Jahr 2024 nach Absatz 2 Satz 4 gleichermaßen zu verfahren. Die Aktualisierung der Erlösvolumina ist notwendig, um z.B. Anreize für verspätete Vereinbarungen der LBFW zu vermeiden. Durch die Aktualisierung ergibt sich keine unterjährige Anpassung bei der Leistungsabrechnung der Krankenhäuser, gleichwohl sind die aktualisierten Erlösvolumina die maßgeblichen Referenzwerte für den Minder- bzw. Mehrerlösausgleich nach Absatz 5.

Absatz 2

Der Prozentsatz, um den das ermittelte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2023 bzw. für das Jahr 2024 angehoben werden soll, ergibt sich aus dem Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe der nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumina für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aller Krankenhäuser für das Jahr 2023 bzw. für das Jahr 2024, die jeweils um einen Betrag in Höhe von 90 Millionen erhöht wird. Das heißt, zu der Summe der nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumina für das Jahr 2023 werden 90 Millionen Euro addiert. Die resultierende Summe stellt bei der Berechnung des Prozentsatzes für das Jahr 2023 den Divisor dar. Dementsprechend stellt für die Ermittlung des Prozentsatzes 2024, die Summe aus den nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumina für das Jahr 2024 und dem Betrag in Höhe von 90 Millionen Euro, den Divisor dar.

Durch die Erhöhung der Summe der krankenhausesindividuellen Erlösvolumina um 90 Millionen Euro und damit die Berücksichtigung dieses Betrages bei der Ermittlung des Prozentsatzes wird gewährleistet, dass auch die in besonderen Einrichtungen erfolgende Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren von den zusätzlichen Mitteln in Höhe von 300 Millionen Euro profitiert. Der Betrag von 90 Millionen Euro umfasst ein geschätztes, in das Jahr 2023 bzw. 2024 preisseitig transferiertes Volumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in besonderen Einrichtungen. Transferiert man das im Jahr 2019 geschätzte abgerechnete Volumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mithilfe der Veränderungswerte nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG für die Jahre 2020, 2021, 2022 sowie einer Abschätzung der Obergrenze für die Jahre 2023 und 2024 in das Jahr 2023 bzw. 2024, ergibt sich der geschätzte Betrag in Höhe von 90 Millionen Euro. Dabei wurde der im Jahr 2019 noch in krankenhausesindividuellen Entgelten beinhaltet Anteil für Pflegepersonalkosten mindernd berücksichtigt.

Die Berechnungen sind vom InEK durchzuführen. Daneben sind vom InEK auch aktualisierte Prozentwerte jeweils für die Jahre 2023 und 2024 zu ermitteln. Dafür multipliziert es die nach Absatz 1 Satz 1 berechnete Summe

der effektiven Bewertungsrelationen der bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2023 bzw. 2024 und summiert seine krankenhausindividuellen Ergebnisse und den Betrag in Höhe von 90 Millionen Euro zu einem Gesamtbetrag für das Jahr 2023 bzw. 2024. Aus dem Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und dem jeweiligen Gesamtbetrag ergibt sich ein aktualisierter Prozentwert für die Jahre 2023 bzw. 2024.

Die Aktualisierung der Prozentwerte ist notwendig, um eine sachgerechte Ermittlung der aktualisierten Erlösvolumina nach Absatz 1 Satz 7 und 8 unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden zusätzlichen Mittel sicherzustellen und Verwerfungen zu vermeiden.

Absatz 3

Die vorgesehenen Mittel für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die sich letztendlich aus der Aktualisierung des InEK zum 15. Mai 2023 bzw. 2024 ergeben, sind zweckgebunden für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verwenden. Eine Verwendung für investive Zwecke oder für die Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten ist nicht zulässig. Die Verwendung ist nicht auf Leistungen, die mit bewerteten Fallpauschalen vergütet werden beschränkt, sondern können auch für Leistungen, die über krankenhausindividuelle Entgelte oder Zusatzentgelte vergütet werden, verwendet werden.

Die zusätzlichen Mittel, die sich für besondere Einrichtungen aus der Erhebung des Zuschlags nach Absatz 5 ergeben, sind ebenfalls zweckentsprechend zu verwenden. Für die zweckentsprechende Mittelverwendung wird eine Nachweispflicht oder die glaubhafte Darlegung im Rahmen einer Bestätigung eines Jahresabschlussprüfers eingeführt, die von Krankenhäusern den Kostenträgern im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung vorzulegen ist. Eine glaubhafte Darlegung der zweckentsprechenden Mittelverwendung kann zum Beispiel durch einen Bericht oder eine anderweitig geeignete Dokumentation des Krankenhauses gegenüber dem Jahresabschlussprüfer erfolgen. Die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers ist jeweils für die nächste zu treffende Vereinbarung nach § 11 vorzulegen, unabhängig davon auf welches Kalenderjahr sich diese Vereinbarung bezieht. Soweit ein entsprechender Nachweis vom Krankenhaus nicht erfolgreich geführt werden kann, sind die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel vom Krankenhaus an die Kostenträger zurückzuzahlen. Hierfür kann jedoch eine bundeseinheitliche Vorgabe der Vertragsparteien auf Bundesebene für ein einheitliches Vorgehen vorteilhaft sein. Dafür können die Vertragsparteien nach § 9 Absatz 1 nähere Einzelheiten für die Vertragsparteien nach § 11 für die Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel in einer Vereinbarung auf der Bundesebene regeln.

Absatz 4

Zur Auszahlung des nach Absatz 1 Satz 5 erhöhten krankenhausindividuellen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird auf die mit bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen abgerechneten voll- oder teilstationären Fälle von Kindern und Jugendlichen, die zum Tag der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahren alt sind, ein bundeseinheitlicher Zuschlag jeweils für 2023 und 2024 erhoben. Die Erhebung des Zuschlags ist auf die bewerteten DRG-Fallpauschalen begrenzt, da auch für die Ermittlung des krankenhausindividuellen Erlösvolumens, lediglich die bewerteten DRG-Fallpauschalen zugrunde gelegt werden. Die Auszahlung erfolgt insofern über die effektiven Bewertungsrelationen der bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen. Das heißt, der Zuschlag wird nicht auf andere Entgelte, wie Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte oder Zu- und Abschläge nach § 5 KHEntgG erhoben.

Die Höhe des Zuschlags entspricht für das Jahr 2023 der Höhe nach der des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 1 und für das Jahr 2024 nach Absatz 2 Satz 2. Der aktualisierte Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 3 und 4 hat keine unterjährigen Auswirkungen auf den bundeseinheitlichen Zuschlag. Entstehende Abweichungen beim ermittelten angehobenen Erlösvolumen werden im Rahmen der Erlösausgleiche nach Absatz 5 ausgeglichen.

Selbstständige Kinderkrankenhäuser oder spezialisierte Fachkliniken für chronisch kranke Kinder können als besondere Einrichtung von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems ausgenommen werden (Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen der Vertragsparteien auf Bundesebene). Auch besondere Einrichtungen sollen von einer zusätzlichen Finanzierung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für die Jahre 2023 und 2024 profitieren. Anders als bei Krankenhäusern, die DRG-Fallpauschalen abrechnen, kann jedoch für besondere Einrichtungen, die krankenhausindividuelle Entgelte vereinbaren, auf Grundlage des Jahres 2019 nicht auf Bundesebene ein garantiertes angehobenes Erlösvolumen für die einzelne besondere Einrichtung ermittelt werden. Gründe dafür sind u. a. Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen bewerteten und unbewerteten DRGs, die

krankenhausindividuellen Entgelte umfassten im Jahr 2019 noch die Pflegepersonalkosten und zudem kann bei krankenhausindividuellen Entgelten keine Summe der effektiven Bewertungsrelationen ermittelt werden.

Vor diesem Hintergrund wird mit den Sätzen 3 und 4 geregelt, dass besondere Einrichtungen für 2023 und 2024 auf die abgerechneten Fälle von Kindern und Jugendlichen, die zum Tag der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahren alt sind, jeweils den bundeseinheitlichen Zuschlag erheben können. Die Erhebung erfolgt auf alle fall- oder tagesbezogene Entgelte. Hiermit werden besondere Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, unterstützt.

Absatz 5

Sofern ein Krankenhaus jeweils für die Jahre 2023 und 2024 durch die Abrechnung von bewerteten Fallpauschalen und des Zuschlags nach Absatz 4 ein niedrigeres Erlösvolumen erwirtschaftet als vom InEK nach Absatz 1 Satz 7 und 8 ermittelt, werden die Mindererlöse bei einer Unterschreitung des vom InEK ermittelten Erlösvolumens von bis zu 20 Prozent vollständig ausgeglichen. Die Mindererlöse sind bei einer Unterschreitung des vom InEK ermittelten Erlösvolumens von mehr als 20 Prozent in Höhe von 65 Prozent der Differenz zwischen den Erlösen aus den abgerechneten bewerteten Fallpauschalen und dem Zuschlag nach Absatz 4 einerseits und dem ermittelten Erlösvolumen andererseits von den Kostenträgern auszugleichen. Hierdurch sollen Anreize zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen aufrechterhalten werden. Für den Fall, dass für die Ermittlung des erhöhten Erlösvolumens als zuletzt verfügbarer LBFW derjenige des Jahres vor dem jeweiligen Anwendungsjahr, erhöht um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1, und nicht derjenige des Anwendungsjahres zugrunde gelegt wurde, sind dadurch resultierende Mehrerlöse vollständig auszugleichen. Sofern ein Krankenhaus für das Jahr 2023 bzw. 2024 ein höheres Erlösvolumen erwirtschaftet, als das vom InEK ermittelte angehobene Erlösvolumen, werden die darüber hinausgehenden Erlöse aus bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 - ebenso wie bei den sonstigen Mehrerlösen nach § 4 Absatz 3 Satz 4 - zu 65 Prozent ausgeglichen. Überzahlungen, die bei der Erbringung von zusätzlichen Leistungen über die Erhebung des bundeseinheitlichen Zuschlags nach Absatz 4 entstehen, sind vom Krankenhaus vollständig zurückzuzahlen.

Mit Satz 4 wird den Vertragsparteien vor Ort die Möglichkeit eingeräumt, für den Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen, zu Gunsten des einzelnen Krankenhauses von den Sätzen 1 und 2 abweichende Ausgleichssätze zu vereinbaren, sofern unzumutbare Härten vorliegen. Diese können beispielsweise aufgrund von strukturellen Veränderungen, die sich seit dem Vorpandemiejahr 2019 bis zu den entsprechenden Anwendungsjahren 2023 und 2024 in der stationären Versorgungslandschaft ergeben haben, entstehen. Dazu können Krankenhausfusionen, -schließungen, -öffnungen oder -umstrukturierungen zählen, die aufgrund von Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern in der Folge gegenüber dem Jahr 2019 zu einem Anstieg der Fallzahlen bei einzelnen Krankenhäusern geführt haben. Den Vertragsparteien soll auf diesem Wege die Flexibilität gegeben werden, durch abweichende Ausgleichssätze auf wesentliche Leistungsveränderungen insbesondere durch Kapazitätsveränderungen zu reagieren.

Für die Abwicklung der Mehr- und Mindererlösausgleiche wird festgelegt, dass sie über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind.

Vor dem Hintergrund, dass für besondere Einrichtungen kein angehobenes garantiertes Erlösvolumen ermittelt werden kann, ist für den Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen für besondere Einrichtungen weiterhin § 6 Absatz 3 maßgeblich. Zudem wird sichergestellt, dass der besonderen Einrichtungen gewährte Rechnungszuschlag nach Absatz 4 Satz 3 und 4 ihnen vollständig zugutekommt und nicht im Rahmen der Mehrerlösausgleiche zurückzuzahlen ist.

Absatz 6

Um möglichst frühzeitig Erkenntnisse über die Auswirkungen der geänderten Finanzierung der Krankenhäuser für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu erhalten, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit entsprechend zu berichten. Damit der Bericht auf validierten Erkenntnissen beruht, ist er unter Berücksichtigung der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer für das Jahr 2023 zu erstatten. Da diese Bestätigungen erst im Herbst 2024 weitgehend vollständig vorliegen, ist der Bericht der Vertragsparteien auf Bundesebene auf das Jahresende 2024 terminiert.

Zu Nummer 1b

Zu Absatz 2b

Mit der Ergänzung eines neuen Absatzes 2b werden für die geburtshilfliche Versorgung in Krankenhäusern zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Durch die leistungsunabhängigen zusätzlichen Mittel wird erreicht, dass die geburtshilfliche Versorgung unabhängig von der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems abgesichert ist. Mit der Änderung werden somit die Empfehlungen in der Ersten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 8. Juli 2022 zur Geburtshilfe umgesetzt. Ferner wird der Vorgabe im Koalitionsvertrag Rechnung getragen, wonach kurzfristig für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung der Geburtshilfe gesorgt wird.

Die Gesamtsumme der zusätzlichen finanziellen Förderung in Höhe von 120 Millionen Euro wird nach dem Königsteiner Schlüssel vom Stand 21. April 2021 (BANz 06.05.2021 B8) auf die Länder aufgeteilt. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt die zu fördernden bedarfsnotwendigen Krankenhausstandorte sowie die jeweilige Förderhöhe bis 31. März des Jahres 2023 beziehungsweise 2024.

Satz 2 gibt vor, dass von der zusätzlichen finanziellen Förderung nur Krankenhausstandorte profitieren können, die über eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder über eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe verfügen. Zudem können die für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nur Krankenhausstandorte festlegen, die entsprechend der landesbezogenen Gegebenheiten für die Versorgung bedarfsnotwendig sind. Ferner werden gemäß Satz 4 bundesgesetzliche Vorgaben gemacht, die die Landesbehörden in ihrem Entscheidungsprozess bei der Bestimmung der Förderhöhe zu berücksichtigen haben.

Bei der Festlegung der Höhe des Förderbetrages, ist erhöhend zu berücksichtigen, wenn am Krankenhausstandort neben einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe auch eine Fachabteilung für Pädiatrie oder Neonatologie vorgehalten wird. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sieht es aus Qualitätsgründen als sinnvoll an, wenn Strukturen von geburtshilflichen Abteilungen unter einem Dach mit einer pädiatrischen Abteilung sind.

Eine nicht unwesentliche Anzahl werdender Mütter entscheidet sich für einen geplanten Kaiserschnitt, ohne dass medizinische Gründe dafür vorliegen. Um auszuschließen, dass Krankenhäuser mit einem hohen Anteil vaginaler Geburten gegenüber Krankenhäusern, die einen überdurchschnittlichen Anteil an primären Kaiserschnittgeburten aufweisen (primäre Sectio), benachteiligt werden, ist dieses Kriterium bei der Bemessung einer zusätzlichen finanziellen Förderung zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der räumlichen und personellen Ausstattung ist auch die Anzahl der Geburten im jeweiligen Krankenhaus von besonderer Bedeutung. Während in Ballungszentren möglichst eine Fokussierung auf Krankenhäuser mit einer relevanten Geburtenzahl erfolgen sollte, kann es im ländlichen Raum hingegen sinnvoll sein, Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen mit einer geringen Anzahl von Frauen im gebärfähigem Alter zu unterstützen. Dies ist bei der Bestimmung der Höhe der zusätzlichen finanziellen Förderung durch das Land zu berücksichtigen.

Krankenhausstandorte, die die Durchführung des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums ermöglichen, leisten einen besonderen Beitrag zur Sicherung der geburtshilflichen Versorgung. Daher ist dieses Kriterium bei der Bemessung einer zusätzlichen finanziellen Förderung zu berücksichtigen. Darunter fällt auch die Durchführung der praktischen Ausbildung nach dem Hebammengesetz a.F. aufgrund der Übergangsvorschriften nach § 77 Hebammengesetz.

Bis zum 31. März 2023 bzw. 2024 hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den Vertragsparteien nach § 11 sowie dem Bundesministerium für Gesundheit die Höhe der zusätzlichen finanziellen Förderung je Krankenhausstandort und inwieweit die bundesgesetzlichen Kriterien dafür maßgeblich waren, mitzuteilen. Die Meldungen sollten unter Angabe des Institutionenkennzeichens sowie der Standortnummer des Krankenhauses erfolgen.

Zu Absatz 2c

Der vom Land nach Absatz 2b Satz 2 festgelegte standortindividuelle Förderbetrag wird nach Satz 1 fallbezogen durch einen Zuschlag abgerechnet. Um einen zügigen Mittelfluss zu ermöglichen, wird die Zuschlagshöhe vom

Krankenhausträger ermittelt, indem er den standortindividuellen Förderbetrag durch die Zahl der voll- und teilstationären Fälle des dem jeweiligen Förderjahr vorangegangenen Kalenderjahres dividiert. Der resultierende Betrag wird den Patientinnen oder Patienten oder deren Kostenträgern als Zuschlag in Rechnung gestellt. Der Zuschlag ist für Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2023 und dem 31. Dezember 2024 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, da die Gewährung der zusätzlichen Mittel auf die Jahre 2023 und 2024 beschränkt ist. Erfolgt die Festlegung des standortindividuellen Förderbetrages durch die zuständige Landesbehörde erst nach der Abrechnung eines Falles, ist der Zuschlag erhöhend auf die Fälle des verbleibenden Kalenderjahres aufzuschlagen. Hierzu ermittelt der Krankenhausträger die Zuschlagshöhe für die Fälle des verbleibenden Kalenderjahres, indem er den standortindividuellen Förderbetrag durch die erwartete Zahl der voll- und teilstationären Fälle des verbleibenden Kalenderjahres dividiert. Der Zuschlag ist - wie andere Zuschläge auch - von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesplanungsbehörde zu genehmigen (gemäß §14 Absatz 1 Satz 1). Satz 5 regelt, dass, sofern die tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge für das Kalenderjahr von der Höhe der finanziellen Förderung nach Absatz 2b Satz 2 abweichen, die Mehr- und Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen werden müssen.

Die vorgesehenen zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für die Versorgung von Patientinnen mit geburtshilflichen Leistungen zu verwenden. Hierfür wird eine Nachweispflicht oder die glaubhafte Darlegung im Rahmen der Bestätigung eines Jahresabschlussprüfers vorgesehen, die vom Krankenhausträger den Kostenträgern im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung vorzulegen ist. Eine glaubhafte Darlegung der zweckentsprechenden Mittelverwendung kann zum Beispiel durch einen Bericht oder eine anderweitig geeignete Dokumentation des Krankenhauses gegenüber dem Jahresabschlussprüfer erfolgen. Die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers ist jeweils für die nächste zu treffende Vereinbarung nach § 11 vorzulegen, unabhängig davon auf welches Kalenderjahr sich diese Vereinbarung bezieht. Sofern ein entsprechender Nachweis vom Krankenhausträger nicht erfolgreich geführt werden kann, sind die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung von voll- und teilstationären Leistungen der Geburtshilfe verwendeten Mittel vom Krankenhaus an die Kostenträger zurückzuzahlen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene regeln bis zum 31. März 2023 die näheren Einzelheiten für die Rückzahlung nicht entsprechend verwendeter Mittel und zu Abrechnungsmodalitäten wie beispielsweise einen erforderlichen Entgeltsschlüssel.

Zu Nummer 1c

Es soll sichergestellt werden, dass die konkrete Ausgestaltung der Malus-Regelung den Krankenhäusern zeitnah bekannt wird. Damit sollen die Krankenhäuser entsprechend Maßnahmen ergreifen können, um ein Greifen der Malus-Regelung zu verhindern oder eine Budget-Planung unter Berücksichtigung des Malus vornehmen können. Kommt die Vereinbarung innerhalb der Frist nicht zustande, legt die Schiedsstelle die Ausgestaltung des Abschlages fest im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und möglichst unter Verwertung der Vorarbeiten der Vertragsparteien.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Die Regelung übernimmt die Änderung des Gesetzentwurfs inhaltsgleich.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9, die gewährleistet, dass die zusätzlichen Mittel des bisherigen Hygieneförderprogramms und des fortgeführten Infektiologieförderprogramms unter Berücksichtigung der dreijährigen Verlängerung nicht bereits für das Jahr 2023 auf der Grundlage der für das Jahr 2022 abgerechneten Finanzierungszuschläge, sondern erst bei den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2026 auf der Grundlage der für das Jahr 2025 abgerechneten Finanzierungszuschläge erhöhend zu berücksichtigen sind. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die zusätzlichen Mittel für laufende Kosten aus Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen unter Beachtung von Tarifsteigerungen weiterhin bei der Vereinbarung des Erlösbudgets nach § 4 zu berücksichtigen.

Zu Nummer 4**Zu Buchstabe b****Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Änderung regelt für den Fall, dass bis zum 31. Dezember des Jahres für das Jahr, für das die Vereinbarung gelten soll, noch kein Landesbasisfallwert nach § 14 Absatz 1 genehmigt wurde, eine Verlängerung der Frist zur Vorlage der Unterlagen nach Satz 1 erster Halbsatz verlängert. Die Unterlagen sind hierbei vom Krankenhausträger bis zum Ablauf der Frist von sechs Wochen nach Vorliegen der Genehmigung des maßgeblichen Landesbasisfallwerts zu übermitteln.

Zu Doppelbuchstabe cc

Maßgeblich für die Beendigung des Abschlags nach Absatz 4 Satz 6 ist das Datum der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 bzw. der Festsetzung durch die Schiedsstelle. Die Regelung sieht daher vor, dass der einvernehmliche Abschluss der Verhandlung durch eine gemeinsame schriftliche oder elektronische Erklärung der Vertragsparteien unter Einschluss des Datums dokumentiert wird. Bei einer Festsetzung durch die Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 ist das Datum der mündlichen Bekanntgabe der Entscheidung im Rahmen der Verhandlung der Schiedsstelle maßgeblich. Sofern im Einzelfall keine mündliche Verhandlung erfolgt, gilt hierfür das Datum des schriftlichen Beschlusses der Schiedsstelle.

Zu Buchstabe c

Die Regelungen in Nummer 5 des Gesetzentwurfs (§ 13 Absatz 3) sehen bisher vor, dass ab dem Vereinbarungszeitraum 2024 ein Abschluss der Budgetverhandlungen für das Vereinbarungsjahr bis zum 31. Juli des jeweiligen Jahres zu erfolgen hat, ansonsten entscheidet die Schiedsstelle ohne Antrag einer Vertragspartei ab dem 1. August des jeweiligen Jahres. Eine Vereinbarung, die für das Vereinbarungsjahr 2024 geschlossen wird, setzt dabei den Abschluss der Vereinbarungen aller Vorjahre voraus. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes wird voraussichtlich eine mittlere vierstellige Anzahl von Budgetvereinbarungen bis einschließlich des Vereinbarungsjahres 2023 noch nicht geschlossen worden sein. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Fristen für den Abschluss der Budgetvereinbarungen bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2025 neu zu staffeln. Die Fristen für die Vorlage der Unterlagen und für die Erteilung von Auskünften sowie für den Abschlag nach Absatz 4 Satz 6 werden mit der vorliegenden Regelung entsprechend angepasst.

Zu Nummer 5

Die Vorschrift sieht eine Verschiebung des Vereinbarungszeitraums 2024 auf den Vereinbarungszeitraum 2026 im Hinblick auf die automatische Festlegung durch die Schiedsstelle vor. Es handelt sich insofern um eine Folgeänderung zur Anpassung der Fristen in § 11 Absatz 6 Satz 1. Die Schiedsstelle legt nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ab dem 1. August des jeweiligen Jahres ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen den Inhalt der Vereinbarung für den entsprechenden Vereinbarungszeitraum fest, soweit eine Vereinbarung bis zum 31. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, durch die Vertragsparteien nicht geschlossen wurde.

Sofern die Vertragsparteien davon ausgehen, dass sie einen Abschluss der Verhandlungen zwar nicht bis zum 31. Juli des Jahres, jedoch kurzfristig danach erreichen, verschiebt sich auf der Grundlage einer gemeinsamen schriftlichen oder elektronischen Anzeige der Vertragsparteien an die Schiedsstelle die Frist für die Vereinbarung um sechs Wochen. In diesem Fall verschiebt sich auch der Zeitpunkt (1. August), ab dem die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen eine Festlegung zu treffen hat, um sechs Wochen.

Zur Beschleunigung und Konzentration des Schiedsstellenverfahrens wird sichergestellt, dass die Schiedsstelle nicht nur vorgelegte Daten, Unterlagen und erteilte Auskünfte des Krankenhausträgers, sondern auch die Daten, Unterlagen und Auskünfte der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG nur dann in ihre Entscheidung einbeziehen kann, wenn die Daten, Unterlagen und Auskünfte innerhalb der Fristen nach § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 vorgelegt bzw. erteilt worden sind. Nach diesen Fristen oder innerhalb des Schiedsstellenverfahrens vorgelegte Daten und Unterlagen sowie erteilte Auskünfte können durch die Schiedsstelle nicht berücksichtigt werden. Bei einer sich anschließenden Klage gegen den Beschluss der Schiedsstelle können nur die Daten, Unterlagen und Auskünfte gerichtlich zugelassen werden, die von dem Krankenhausträger oder den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG innerhalb der Fristen übermittelt, vorgelegt und

erteilt wurden. Voraussetzung für die Präklusion im Schiedsstellen- oder im gerichtlichen Verfahren ist jedoch, dass die Zulassung der verspätet übermittelten, vorgelegten und erteilten Daten, Unterlagen und Auskünfte nach der freien Überzeugung der Schiedsstelle oder des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und dass die die jeweilige Frist versäumende Partei die Nichteinhaltung der Frist zu vertreten hat.

Zu Nummer 6a

Für ungefähr ein Drittel der Krankenhäuser liegt bisher für das Jahr 2020 noch keine genehmigte Vereinbarung zum Pflegebudget vor. Für diese Krankenhäuser wird der vorläufige Pflegeentgeltwert für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten zugrunde gelegt. Vor diesem Hintergrund wird ab dem 1. Januar 2023 der vorläufige Pflegeentgeltwert von 171 Euro auf 230 Euro erhöht. Liquiditätsprobleme, die daraus entstehen können, dass der gesetzlich festgelegte vorläufige Pflegeentgeltwert die Pflegepersonalkosten dieser Krankenhäuser nicht deckt, sollen dadurch vermieden werden. Zugleich geht der Gesetzgeber davon aus, dass diese Krankenhäuser zügig die erforderlichen Verhandlungsunterlagen vorlegen, damit zeitnah die Verhandlung von Pflegebudgets durch die Vertragsparteien vor Ort erfolgen kann. Die neue Höhe des vorläufigen Pflegeentgeltwerts basiert auf der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelten Bezugsgröße des Pflegeerlöskatalogs für das Jahr 2023, die auf Daten aus dem Jahr 2021 beruht und daher mit den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Teilorientierungswerten für Personalkosten für die Jahre 2022 und 2023 hochgerechnet wurde.

Zu Artikel 3

Zu Nummer 1 Buchstabe a, zu Nummer 1a, zu Nummer 3 und zu Nummer 4

Es handelt sich um zwingend erforderliche Folgeänderungen zu der vorgesehenen Verschiebung der Einführung digitaler Identitäten nach § 291 Absatz 8 SGB V.

Zu Artikel 4

Zu Nummer 0

Mit der Änderung werden in § 2 Nummer 1a Buchstabe g zusätzlich zu den bereits enthaltenen Berufsbezeichnungen Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin weitere Berufsbezeichnungen der Pflegehilfe und -assistenz aufgenommen. Hintergrund ist, dass die Länder in Folge der Einführung der generalistischen Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann zunehmend auch die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen der Pflegehilfe und -assistenz generalistisch ausrichten und dass diese Ausbildungen die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe teilweise ersetzen. Die Aufnahme der Berufsbezeichnungen für diese Berufe in § 2 Nummer 1a Buchstabe g ermöglicht die Finanzierung der Kosten der Ausbildungen in den genannten Berufen nach den Regelungen des § 17a.

Die Aufzählung ist aufgrund der Heterogenität der Berufsbezeichnungen der Pflegehilfe und -assistenz in den Ländern nicht abschließend zu verstehen. Umfasst sind neben den aufgezählten Berufsbezeichnungen insbesondere landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildungen in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BANz AT 17.02.2016 B3) erfüllen.

Die Refinanzierung erfolgt in dem Umfang, in dem von den Kostenträgern von Krankenhausleistungen bisher bereits die Ausbildung für die Berufe Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin finanziert worden ist. Da § 2 Nummer 1a auf staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern bezogen ist, ist eine Refinanzierung des Teils der generalistischen Pflegehelfer- und -assistenzbildungen, der an Berufsfachschulen wie bisher für die Altenpflegehilfe erfolgt, nach § 17a ausgeschlossen, um eine Kostenverschiebung zu Lasten der Kostenträger von Krankenhausleistungen zu vermeiden. Auch die Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen erfolgt nur, soweit das Krankenhaus Träger der Ausbildung ist.

Durch die Ergänzung in § 2 Nummer 1a Buchstabe g kann die Schaffung von Ausbildungskapazitäten für die Berufe im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz über den Strukturfonds nach § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 gefördert werden.

Es wird damit auch ein Anliegen des Bundesrates umgesetzt (Nummer 30 Buchstabe c der Stellungnahme von 6. November 2020 – BR-Drs. 562/20 (Beschluss) sowie Nummer 21 der Stellungnahme vom 16. September 2022 – BR-Drs. 366/22 (Beschluss)).

Im Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP für die 20. Legislaturperiode (KoaV) wurde eine bundesrechtliche Vereinheitlichung der bislang durch die Länder geregelten Pflegehelfer- und Assistenzberufe einschließlich einer gemeinsamen Finanzierung von Bund und Ländern vereinbart (vgl. KoaV, S. 64). Hierfür soll nach Auffassung der Bundesregierung mittelfristig der für die generalistische Ausbildung von Pflegefachkräften bereits etablierte Finanzierungsweg über die Ausgleichsfonds nach §§ 26 ff. des Pflegeberufgesetzes eröffnet werden. Im Ergebnis entsteht dann für die Pflegefachkraftausbildung sowie für die Pflegehilfs- und -assistenzausbildung ein einheitliches Finanzierungsinstrument, das die Finanzierungsregelung nach § 2 Nummer 1a Buchstabe g ablösen soll. Die Finanzierungsregelung in § 2 Nummer 1a Buchstabe g hat deshalb Übergangscharakter und soll mit der Schaffung der dargestellten einheitlichen Ausbildung und Ausbildungsfinanzierung im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz unter Berücksichtigung einer für die Umsetzung in den Ländern notwendigen Übergangsfrist außer Kraft treten.

Zu Nummer 3a

Hierbei handelt es sich um eine technische Folgeänderung der Klarstellung in § 2 Nummer 1a Buchstabe g.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden verpflichtet, bis spätestens zum 30. September 2024 geeignete Entgelte für die sachgerechte Abbildung der Kosten telekonsiliarärztlicher Leistungen zu vereinbaren. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass Kosten, die Krankenhäusern bei einer voll- oder teilstationären Versorgung von Patientinnen und Patienten unter Nutzung telekonsiliarärztlicher Versorgungsmöglichkeiten entstehen, gedeckt werden und die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit telemedizinischen Leistungen verbessert wird. Als Entgelte kommen hier insbesondere Zusatzentgelte, aber auch andere nach Prüfung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene als geeignet erachtete Entgeltarten, wie zum Beispiel Zuschläge, in Betracht. Die Fristsetzung erlaubt es den Vertragsparteien auf Bundesebene, im Jahr 2023 empirische Daten zu erheben und auf dieser Grundlage im Jahr 2024 im Rahmen der turnusmäßigen Vereinbarung der Entgeltkataloge auch die Vereinbarung der Entgelte für telekonsiliarärztliche Leistungen vorzunehmen.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um eine rechtsförmliche Folgeänderung zur Regelung unter Buchstabe a.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung in Buchstabe e.

Zu Buchstabe e

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) wurde in Absatz 4a eine Regelung der zukünftig im Pflegebudget abschließend zu berücksichtigenden Berufsgruppen mit pflegerischer Qualifikation vorgesehen. Ab dem Jahr 2025 werden nach Absatz 4a Nummer 1 und Nummer 2 über das Pflegebudget ausschließlich Pflegefach- und Pflegehilfskräfte (Vollkräfte mit pflegerischer Qualifikation) finanziert. Personal ohne Berufsabschluss sowie mit sonstigen Berufen werden dann zu den vom Institut für das Entgeltsystem in Krankenhaus ermittelten Durchschnittskosten über die Fallpauschalen finanziert. Durch die vorliegende Änderung werden Personen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 des Hebammengesetzes, auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes in Absatz 4a Nummer 3 in den Katalog der zu berücksichtigenden Berufsgruppen aufgenommen. Dies gewährleistet, dass für die Berufsgruppe der Hebammen ab dem Jahr 2025 der Personalaufwand im Umfang der dafür nachgewiesenen Kosten vollständig im Pflegebudget berücksichtigt wird. Insoweit wird die Beschäftigung von Hebammen in den Kreißsälen einer unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gleichgestellt. Unabhängig davon, dass Hebammen nach der Krankenhausbuchführungsverordnung dem Funktionsdienst zugerechnet werden, haben deren Tätigkeiten zur Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen einen der Pflege vergleichbaren unmittelbaren Bezug zur Patientenversorgung. Darüber hinaus wird ein nicht unerheblicher Anteil der Hebammen nach Angaben des Deutschen Hebammenverbands auf Wochenbett- und Risikoschwangeren-Stationen eingesetzt.

Zu Nummer 6**Zu Buchstabe a**

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden verpflichtet, auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen bis spätestens zum 30. September 2024 geeignete Entgelte für die sachgerechte Abbildung der Kosten telekonsiliarärztlicher Leistungen zu vereinbaren. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass Kosten, die Krankenhäusern bei einer voll- oder teilstationären Versorgung von Patientinnen und Patienten unter Nutzung telekonsiliarärztlicher Versorgungsmöglichkeiten entstehen, gedeckt werden und die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit telemedizinischen Leistungen verbessert wird. Als Entgelte kommen hier insbesondere Zusatzentgelte, aber auch andere nach Prüfung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene als geeignet erachtete Entgeltarten, wie zum Beispiel Zuschläge, in Betracht. Die Fristsetzung erlaubt es den Vertragsparteien auf der Bundesebene, im Jahr 2023 empirische Daten zu erheben und auf dieser Grundlage im Jahr 2024 im Rahmen der turnusmäßigen Vereinbarung der Entgeltkataloge auch die Vereinbarung der Entgelte für telekonsiliarärztliche Leistungen vorzunehmen.

Zu Artikel 5**Zu Nummer 0**

Der Prüfbericht der DKG nach § 2 Absatz 4 Satz 1 hatte u. a. zum Ergebnis, dass der von ihr herausgegebene DKG-NT noch keine Gebührensätze zur geeigneten Abbildung und Abrechnung von Telekonsilen enthält, die durch Krankenhäuser erbracht werden. Die DKG wird daher verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2023 die Höhe von Vergütungen für telekonsiliarärztliche Leistungen, die zwischen Krankenhäusern erbracht werden, zu veröffentlichen. Hierdurch sollen die Möglichkeiten zur Abrechnung von telekonsiliarärztlichen Leistungen zwischen Krankenhäusern gestärkt und damit letztlich auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit telemedizinischen Leistungen verbessert werden.

Zu Nummer 2**Zu Buchstabe b****Zu Doppelbuchstabe bb**

Maßgeblich für die Beendigung des Abschlages nach Absatz 4 Satz 5 ist das Datum der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 bzw. der Festsetzung durch die Schiedsstelle. Die Regelung sieht daher vor, dass der einvernehmliche Abschluss der Verhandlung durch eine gemeinsame schriftliche oder elektronische Erklärung der Vertragsparteien unter Einschluss des Datums dokumentiert wird. Bei einer Festsetzung durch die Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 ist das Datum der mündlichen Bekanntgabe der Entscheidung im Rahmen der Verhandlung der Schiedsstelle maßgeblich. Sofern im Einzelfall keine mündliche Verhandlung erfolgt, gilt hierfür das Datum des schriftlichen Beschlusses der Schiedsstelle.

Zu Buchstabe c

Die Regelungen in Nummer 3 des Gesetzentwurfs (§ 13 Absatz 3) sehen bisher vor, dass ab dem Vereinbarungszeitraum 2024 ein Abschluss der Budgetverhandlungen für das Vereinbarungsjahr bis zum 31. Juli des jeweiligen Jahres zu erfolgen hat, ansonsten entscheidet die Schiedsstelle ohne Antrag einer Vertragspartei ab dem 1. August des jeweiligen Jahres. Eine Vereinbarung, die für das Vereinbarungsjahr 2024 geschlossen wird, setzt dabei den Abschluss der Vereinbarungen aller Vorjahre voraus. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes wird voraussichtlich eine mittlere vierstellige Anzahl von Budgetvereinbarungen bis einschließlich des Vereinbarungsjahres 2023 noch nicht geschlossen worden sein. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Fristen für den Abschluss der Budgetvereinbarungen bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2025 neu zu staffeln. Die Fristen für die Vorlage der Unterlagen und für die Erteilung von Auskünften sowie für den Abschlag nach Absatz 4 Satz 5 werden mit der vorliegenden Regelung entsprechend angepasst.

Zu Nummer 3

Die Vorschrift sieht eine Verschiebung des Vereinbarungszeitraums 2024 auf den Vereinbarungszeitraum 2026 im Hinblick auf die automatische Festlegung durch die Schiedsstelle vor. Es handelt sich insofern um eine Folgeänderung zur Anpassung der Fristen in § 11 Absatz 6 Satz 1. Die Schiedsstelle legt nach § 18a Absatz 1 KHG ab dem 1. August des jeweiligen Jahres ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen den Inhalt der Vereinbarung für den entsprechenden Vereinbarungszeitraum fest, soweit eine Vereinbarung bis zum 31. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, durch die Vertragsparteien nicht geschlossen wurde.

Sofern die Vertragsparteien davon ausgehen, dass sie einen Abschluss der Verhandlungen zwar nicht bis zum 31. Juli des Jahres, jedoch kurzfristig danach erreichen, verschiebt sich auf der Grundlage einer gemeinsamen schriftlichen oder elektronischen Anzeige der Vertragsparteien an die Schiedsstelle die Frist für die Vereinbarung um sechs Wochen. In diesem Fall verschiebt sich auch der Zeitpunkt (1. August), ab dem die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen eine Festlegung zu treffen hat, um sechs Wochen.

Zur Beschleunigung und Konzentration des Schiedsstellenverfahrens wird sichergestellt, dass die Schiedsstelle nicht nur vorgelegte Daten, Unterlagen und erteilte Auskünfte des Krankenhausträgers, sondern auch die Daten, Unterlagen und Auskünfte der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG nur dann in ihre Entscheidung einbeziehen kann, wenn die Daten, Unterlagen und Auskünfte innerhalb der Fristen nach § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 vorgelegt bzw. erteilt worden sind. Nach diesen Fristen oder innerhalb des Schiedsstellenverfahrens vorgelegte Daten und Unterlagen sowie erteilte Auskünfte können durch die Schiedsstelle nicht berücksichtigt werden. Bei einer sich anschließenden Klage gegen die Genehmigung des Beschlusses der Schiedsstelle können nur die Daten, Unterlagen und Auskünfte gerichtlich zugelassen werden, die von dem Krankenhausträger oder den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG innerhalb der Fristen übermittelt, vorgelegt und erteilt wurden. Voraussetzung für die Präklusion im Schiedsstellen- oder im gerichtlichen Verfahren ist, dass die Zulassung der verspätet übermittelten, vorgelegten und erteilten Daten, Unterlagen und Auskünfte nach der freien Überzeugung der Schiedsstelle oder des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und dass die jeweilige Frist versäumende Partei die Nichteinhaltung der Frist zu vertreten hat.

Zu Artikel 8a**Zu Nummer 1****Zu Buchstabe a**

Die Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen bindet bereits einen Großteil der zur Verfügung stehenden Mittel nach § 8 Absatz 3b. Weitere Mittel können daher aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3a umgeschichtet werden, damit insbesondere die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung nach § 8 Absatz 3b finanziert werden kann.

Zu Buchstabe b

Für Studien, Modellprojekte und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung des ambulanten Bereichs ist eine Erstreckung des Maßnahmenzeitraums erforderlich geworden, mit dem die Notwendigkeit einer entsprechenden Verlängerung des Finanzierungszeitraums einhergeht.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Artikels 1 des Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454), mit welchem das Monitoring der Impfquoten in den Pflegeeinrichtungen von § 20a Absatz 7 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in § 35 Absatz 6 IfSG überführt worden ist.

Zu Nummer 3

§ 72 Absatz 3c ist zuletzt durch das Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden. Die Anpassung des Verweises in § 84 Absatz 7 Satz 5 auf diese Regelung ist eine redaktionelle Folgeänderung ohne inhaltliche Änderung im bisherigen Regelungsgehalt.

Zu Nummer 4

Zu Absatz 1

Die Zahlung der telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten für zugelassene stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erfolgt in entsprechender Anwendung der Finanzierungsregelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Ausstattung mit Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur sowie durch deren Betrieb entstehenden Kosten für vertragsärztliche Leistungserbringer gemäß § 378 SGB V. Die Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass ab dem 30. Juni 2023, anders als bisher, für die Ärzte- und Zahnärzteschaft, für Apothekerinnen und Apotheker sowie für weitere Leistungserbringer nicht Verhandlungsvereinbarungen, etwa mit den Bundesmantelvertragspartnern, Basis der Erstattung der telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten sind, sondern die Zahlung einer monatlichen TI-Pauschale für diese Kosten erfolgt.

Zu Absatz 2

Um eine angemessene Höhe dieser TI-Pauschale für Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Besonderheiten der Pflegeeinrichtungen insbesondere im Vergleich zu Arztpraxen zu gewährleisten, z. B. hinsichtlich ihrer Einrichtungsgröße oder der Anzahl der Beschäftigten, die TI-Zusatzkomponenten, wie einen elektronischen Gesundheitsberufeausweis benötigen, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit entsprechende TI-Pauschalen in einer Finanzierungsvereinbarung. Diese hat auch eine Übergangsregelung für diejenigen Leistungserbringer zu vereinbaren, die bereits Erstattungen nach den bis zum 30. Juni 2023 anwendbaren Regelungen erhalten haben. Leistungserbringer, die kurz vor der Einführung der neuen Erstattungsregelung eine Erstausrüstung gekauft und nach dem bisherigen Finanzierungssystem eine Erstattung der entsprechenden Kosten erhalten haben, sollen nicht bessergestellt sein als solche, die sich erst unter Geltung des neuen Finanzierungssystems ausstatten. Ohne eine Übergangsregelung würden erstere sowohl die Einmalpauschale nach dem alten System als auch die monatliche Pauschale nach dem neuen System in voller Höhe erhalten, letztere dagegen lediglich die monatliche Pauschale.

Grundlage für die Finanzierungsvereinbarung sind die gemäß § 378 Absatz 2 des Fünften Buches anzupassenden Bundesmantelverträge. Die Finanzierungsvereinbarung nach § 106b des Elften Buches hat spätestens zwei Monate nach Anpassung der Bundesmantelverträge vorzuliegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zudem verpflichtet, auch die Einzelheiten zur Zahlung bzw. Abrechnung und damit ein funktionierendes Verwaltungsverfahren rechtzeitig zu regeln.

Zu Absatz 3

Die in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten stationären Hospize, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht und die für Patienten und Patientinnen mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische Versorgung und Betreuung sicherstellen, können telematikbedingte Ausgleichskosten geltend machen. Auf Basis der Finanzstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich in etwa ein Verhältnis von 80 zu 20 zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Dies ist entsprechend in den bisherigen anteiligen Ausgleichszahlungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen. Entsprechend wird eine Beteiligung der Krankenkassen an den Erstattungen in diesem Umfang vorgesehen.

Die privaten Versicherungsunternehmen werden entsprechend des Anteils der in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen an den finanziellen Kosten für die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur beteiligt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmen das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung der jeweiligen Finanzierungsanteile an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

Zu Absatz 4

Die von den Vertragspartnern vereinbarte TI-Pauschale gilt ab dem 30. Juni 2023. Sie findet ab diesem Zeitpunkt zunächst zwei Jahre lang unverändert Anwendung.

Zu Absatz 5

Die Vertragspartner verhandeln die Höhe der TI-Pauschale alle zwei Jahre neu. Solange keine neue Vereinbarung getroffen wird, gilt die bisherige Vereinbarung fort.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine rechtsförmlich bedingte Anpassung des Satzes 2, die den bisherigen Regelungsgehalt durch die Bezugnahme auf die Regelung des § 82c, der durch das Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) eine Änderung erfahren hatte, beibehält.

Zu Nummer 6

Um angesichts der aktuell schwierigen Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung deren Liquidität kurzfristig zu stabilisieren und die Versorgung sicherzustellen, bis Reformvorhaben in Kraft treten können, erfolgt die Zuführung von Mitteln zum Pflegevorsorgefonds für das Jahr 2023 in einer Jahresrate im Dezember 2023.

Zu Nummer 7

Angesichts der anhaltend schwierigen Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung wird die Möglichkeit einer Zuschussgewährung des Bundes zur Erstattung pandemiebedingter Kosten um ein Jahr verlängert.

Zu Artikel 8b

Zu Absatz 1

Für die fachliche und technische Vernetzung der Akteure des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung gemäß IfSG ist es erforderlich, dass die genutzten informationstechnischen Systeme interoperabel sind. Die Förderung der Interoperabilität vom Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) und den IfSG-Fachanwendungen berührt auch Belange des Bundes, da Informationen zu auftretenden Infektionskrankheiten so auch bei den Verantwortlichen am Robert Koch-Institut schneller vorliegen. Nur so kann sichergestellt werden, dass Daten systemübergreifend auf regionaler und überregionaler Ebene ausgetauscht werden können, und somit das übergeordnete Ziel eines effektiven Infektionsschutzes erreicht werden kann.

Für die Datenverarbeitung müssen daher einheitliche und offene Schnittstellen entwickelt und umgesetzt werden. Des Weiteren müssen informationstechnische Systeme des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Lage sein, bei der Erfüllung der Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz Gesundheitsdaten mit Leistungserbringern und anderen Gesundheitseinrichtungen auszutauschen. Entsprechend sollen die Standards im Öffentlichen Gesundheitsdienst mit der allgemeinen Standardisierungsstrategie im gesamten Gesundheitswesen abgestimmt werden.

Daher soll auf die bei der gematik GmbH (Gesellschaft für Telematik) bereits bestehende Expertise für Interoperabilitätsthemen im Gesundheitswesen durch das Identifizieren, Prüfen und Empfehlen von Schnittstellen zurückgegriffen und spezifisch für den Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes weitergebildet werden. Zur weiteren Förderung einheitlicher Schnittstellen findet bei der Aufgabenerfüllung eine Abstimmung mit dem Expertengremium der Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen statt.

Die empfohlenen Standards, Profile und Leitfäden werden auf der Wissensplattform für Interoperabilität, einer frei zugänglichen Internet-Plattform, veröffentlicht. Zudem können einzelne Standards, Profile oder Leitfäden für die Anwender im Öffentlichen Gesundheitsdienst, also für zur Meldung verpflichtete Personen nach § 8, zur verbindlichen Verwendung vorgegeben werden. Jeglicher Mehrbedarf an Personal- und Sachmitteln des RKI wird stellenmäßig und finanziell aus dem Einzelplan gegenfinanziert.

Zu Absatz 2

Für die effektive Erfüllung eines gesetzlichen Auftrags des Robert Koch Instituts – der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten, vergleiche § 2 des BGA-Nachfolgegesetzes – ist insbesondere ein möglichst schneller Informationsaustausch aller beteiligten Akteure im Gesundheitswesen notwendig. Gerade im Bereich des Infektionsschutzes ist für die frühzeitige Erkennung und Bekämpfung des Infektionsgeschehens eine interoperable und mithin schnelle Kommunikationskette ein wesentlicher Baustein des Gesundheitsschutzes. So benötigt das Robert Koch-Institut die Daten hinreichend rasch und umfassend zur

sachgerechten Erfüllung einer Aufgabe nach § 4 Absatz 2 Nummer 2, der Auswertung der Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und somit der Zusammenführung epidemiologischer Daten auf Bundesebene.

Mit der Regelung soll gewährleistet werden, dass die Standardisierung der IT-Infrastruktur des Öffentlichen Gesundheitsdiensts im Einklang mit den bestehenden Regelungen zur Interoperabilität gemäß dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und der IOP-Governance-Verordnung erfolgt.

Die Länder können die in Satz 1 genannte Sammlung, Konsolidierung und Übermittlung auch dem in § 14 Absatz 1 Satz 8 genannten gemeinsamen Planungsrat übertragen.

Zu Artikel 8c

Um eine schnellere prähospitalen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit aus menschlichem Blut gewonnenen Erythrozytenkonzentraten in besonders schweren Notlagen im Rahmen der Luftrettung zu ermöglichen, sollen die Luftrettungsdienste in den Vertriebsweg für aus menschlichem Blut gewonnene Erythrozytenkonzentrate einbezogen und ihre direkte Belieferung durch die Blutspendedienste ermöglicht werden. Bislang waren Luftrettungsdienste vom Direktvertrieb für aus menschlichem Blut gewonnene Erythrozytenkonzentrate ausgenommen. Die Sicherstellung, Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes, einschließlich der Luftrettung mittels Rettungshubschraubern, fällt in die Gesetzgebungszuständigkeit und die Organisationshoheit der Länder. Zur Durchführung der Luftrettung werden verschiedene Leistungserbringer beauftragt.

Zu Artikel 8d

Die Auswirkungen der Einbeziehung der Luftrettungsdienste in den direkten Vertriebsweg für aus menschlichem Blut gewonnene Erythrozytenkonzentrate werden mit Hinblick die Versorgungslage mit aus menschlichem Blut gewonnenen Erythrozytenkonzentraten vom Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2023 evaluiert.

Zu Artikel 9

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die sich aus der Einfügung neuer Absätze 4 bis 6 ergeben.

Zu den Absätzen 4 bis 6

Absatz 4 regelt ein von Absatz 1 abweichendes Inkrafttreten für Artikel 8a Nummer 4 (Änderung des § 106b des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Dieser tritt am 1. April 2023 in Kraft.

Die Absätze 5 und 6 regeln ein von Absatz 1 abweichendes Inkrafttreten für die Änderungen des § 355 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Artikel 1a (Anfügen der Absätze 12 und 13) tritt am 1. Juni 2023 in Kraft. Artikel 1b (Anfügen des Absatzes 14) tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Berlin, den 30. November 2022

Dr. Christos Pantazis
Berichterstatte

Stephan Pilsinger
Berichterstatte

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatte

Nicole Westig
Berichterstatte

Martin Sichert
Berichterstatte

Ates Gürpinar
Berichterstatte

