

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
– Drucksache 19/22126 –

**Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser
(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Jörg Schneider,
Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/17754 –

**Abschaffung des DRG-Systems im Krankenhaus und Einführung des
Prospektiv-Regionalen-Pauschalensystems – PRP-Systems**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Marc Bernhard,
Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/22185 –

**Krankenhäuser in der Fläche erhalten – Wirtschaftliche Basis sichern,
Bundesländer angemessen beteiligen**

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Patientenversorgung in Krankenhäusern spielt nach Darstellung der Fraktionen der CDU/CSU und SPD sowohl für die Bewältigung der COVID-19-Pandemie als auch für die grundsätzlichen Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen und modernen Gesundheitsversorgung eine große Rolle. Deshalb sei eine moderne, digitale und gute investive Ausstattung der Krankenhäuser in Deutschland notwendig. Insbesondere Investitionen in die Digitalisierung und in eine moderne technische Ausstattung der Krankenhäuser seien in den letzten Jahren nicht in ausreichendem Maße erfolgt. Im Hinblick auf den Digitalisierungsgrad der Krankenhaus-IT habe Deutschland deutlichen Nachholbedarf. Die Auswirkungen der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie würden voraussichtlich über das Jahr 2020 hinausreichen. Die Behandlungskapazitäten mancher Krankenhäuser würden durch Hygienemaßnahmen und Auflagen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Schutz vor Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 teilweise eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund seien Maßnahmen erforderlich, um potenzielle, coronabedingte Erlösausfälle und coronabedingte Mehrkosten auszugleichen.

Angesichts der derzeitigen und für die kommenden Monate erwartbaren Infektionslage sei auch in dem besonders vulnerablen Bereich der Pflege von einer anhaltenden Gefährdungslage und in der Folge von andauernden Belastungen für Leistungserbringer und Pflegebedürftige auszugehen. Deshalb sei es erforderlich, die Geltung eines Großteils der durch das COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz und durch das Zweite Bevölkerungsschutz-Gesetz vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) in § 150 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zur Unterstützung und Entlastung von Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen getroffenen und dort bis 30. September 2020 befristete Regelungen bis zum 31. Dezember 2020 zu verlängern.

Zu Buchstabe b

Nach Darstellung der antragstellenden Fraktion hat die Einführung des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems (DRG-System) dramatische Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und die Personallage in Krankenhäusern. Personalnotstand, kürzere Liegezeiten und damit verbundene Behandlungskomplikationen bei Patienten und die Zunahme der Privatisierung von Krankenhäusern seien nur einige dieser Fehlentwicklungen. Zudem habe die Einführung, entgegen der ursprünglichen Intention der Kostensenkung, sogar zu einer Kostensteigerung geführt. Unterschiedliche Gewinnmargen der Fallpauschalen erhöhten den Druck, möglichst rentable DRGs abzurechnen und bei den Fixkosten zu sparen.

Zu Buchstabe c

Im Verlauf der Coronakrise wurde auf die im Vergleich zu anderen entwickelten Nationen bessere ambulante aber auch stationäre und intensivmedizinische Ausstattung des deutschen Gesundheitswesens hingewiesen, so die Fraktion der AfD. Diese gelte es weiter zu sichern. Die dafür eigentlich vorgesehene Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer erfolge nicht ausreichend. Dass der Bund deshalb teils einspringe, sei für die Versorgung wichtig. Das dürfe jedoch nicht dazu führen, dass die Bundesländer ihren Verpflichtungen zur Übernahme

von Kosten nicht nachkämen. Leistungen des Bundes seien deshalb immer mit denen der Länder zu verknüpfen.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Aus dem Bundeshaushalt sollen 3 Milliarden Euro für eine modernere und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt werden. Mit einem Krankenhauszukunftsfonds sollen notwendige Investitionen gefördert werden. Hierzu zählten sowohl Investitionen in moderne Notfallkapazitäten als auch in eine bessere digitale Infrastruktur der Krankenhäuser in den Bereichen der internen und sektorenübergreifenden Versorgung, der Ablauforganisation, der Kommunikation, der Telemedizin, der Robotik, der Hightechmedizin und der Dokumentation. Darüber hinaus sollen Investitionen in die IT- und Cybersicherheit der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens allgemein, die gerade in Krisenlagen noch bedeutsamer sei, und in die gezielte Entwicklung und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen, sowohl für den Normalbetrieb als auch in Krisenzeiten, konzeptionell aufeinander abgestimmt und der effiziente Ressourceneinsatz durch den vorgesehenen Krankenhauszukunftsfonds unterstützt werden. Darüber hinaus werde die Laufzeit des bestehenden Krankenhausstrukturfonds um weitere zwei Jahre bis 2024 verlängert. Zudem würden die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, damit Erlösrückgänge im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019, die Krankenhäusern aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstanden seien, anteilig ausgeglichen werden könnten. Einem weiterhin bestehenden Bedarf an persönlichen Schutzausrüstungen oder anderen Mehrkosten, die aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstünden, werde Rechnung getragen, indem Krankenhäuser für solche Mehrkosten Zuschläge vereinbaren könnten.

In der Pflegeversicherung werde die Geltung eines Großteils der durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und durch das Zweite Bevölkerungsschutz-Gesetz in § 150 SGB XI zur Unterstützung und Entlastung von Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen getroffenen und dort bis 30. September 2020 befristete Regelungen bis zum 31. Dezember 2020 verlängert.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/22126 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller fordern, das DRG-Abrechnungssystem abzuschaffen und die Betriebskostenfinanzierung im Krankenhaus neu zu ordnen. Stattdessen solle ein Prospektiv-Regionales-Pauschalensystem eingeführt werden, wonach Leistungserbringern im Voraus eine jährliche Pro-Kopf-Pauschale bezahlt werde (prospektiv pauschalierte Finanzierung), welche diese selbst verwalten müssten. Die Kalkulation der prospektiven Pauschalen soll auf morbiditätsorientierten Regionalbudgets basieren, die die Unterschiede der regionalen Lebensbedingungen abbildeten. Die entsprechenden regionalen Morbiditätsdaten sollen von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/17754 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Es soll sichergestellt werden, dass die im Koalitionsentwurf des Krankenhauszukunftsgesetzes vorgesehenen Bundesmittel an Krankenhäuser jeweils nur dann bewilligt werden, wenn das jeweilige Bundesland diese mit 30 Prozent eigenen Haushaltsmitteln aufstocke. Dabei dürften die Landesmittel auch für alternative Investitionen des Krankenhausträgers eingesetzt werden, die nicht explizit im Bundesprogramm aufgeführt seien, aber ebenfalls der allgemeinen Instandhaltung der Krankenhausinfrastruktur dienen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/22185 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

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

Für den Bund entstehen den Angaben zufolge Haushaltsausgaben in Höhe von 3 Milliarden Euro, da die Mittel für das Zukunftsprogramm Krankenhäuser aus Haushaltsmitteln des Bundes zur Verfügung gestellt werden. Für den Ausgleich coronabedingter Mehrkosten und coronabedingter Erlösrückgänge ergeben sich demnach, auf Basis der in dem Abschnitt „Gesetzliche Krankenversicherung“ getroffenen Annahmen, aufgrund von Beihilfezahlungen (einschließlich Heilfürsorge), Mehrausgaben für den Bund in Höhe eines niedrigen einstelligen Millionenbetrags. Ferner ergäben sich für den Bund beim Bundeszuschuss für die Übernahme der Leistungsaufwendungen der Altenteiler im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen einstelligen Millionenbetrags. Für die Träger der Beihilfe ergäben sich 0,35 Millionen Euro Mehrausgaben aus der Beteiligung an den Aufwendungen für die Verlängerung der Schutzschirmregelungen im Bereich der Pflegeversicherung. Die vorgesehene Verlängerung der vereinfachten Vermögensprüfung beim Kinderzuschlag führe dazu, dass mehr Berechtigte Kinderzuschlag in Anspruch nehmen könnten. Es werde mit nicht näher bezifferbaren Mehrausgaben in einstelliger Millionenhöhe gerechnet. Aufgrund der bisherigen Inanspruchnahme der Darlehen sei für 2020 von Mehrausgaben in Höhe von weniger als 100 000 Euro auszugehen.

Länder

Das Zukunftsprogramm Krankenhäuser sieht dem Gesetzentwurf zufolge neben einem Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 3 Milliarden Euro bzw. in Höhe von 70 Prozent der Fördermittel eine Kofinanzierung der geförderten Vorhaben in Höhe von 30 Prozent vor. Diese Kofinanzierung könne durch die Länder

allein, unter finanzieller Beteiligung der Krankenhausträger oder ausschließlich durch die Krankenhausträger erfolgen. Sofern länderseitig alle Mittel aus dem Zukunftsprogramm Krankenhäuser abgerufen und die hierfür erforderlichen Kofinanzierungsmittel ausschließlich durch die Länder erbracht würden, beliefen sich die Kosten des Zukunftsprogramms für alle Länder zusammen auf bis zu 1,3 Milliarden Euro für die Gesamtlaufzeit des Programms. Für den Ausgleich coronabedingter Mehrkosten und coronabedingter Erlösrückgänge ergäben sich, auf Basis der in dem Abschnitt „Gesetzliche Krankenversicherung“ getroffenen Annahmen, aufgrund von Beihilfezahlungen Mehrausgaben für die Länder und Gemeinden in Höhe eines mittleren einstelligen Millionenbetrages.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Gegenüberstellung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2020 zum Ausgleich eines coronabedingten Erlösrückgangs könne zu Mehrausgaben für die Kostenträger führen. Dies könne allerdings nur auf der Ortsebene valide dargelegt werden und hänge von der krankenhausespezifischen Situation unter anderem hinsichtlich der abgerechneten allgemeinen Krankenhausleistungen im voll- und teilstationären Bereich und der erhaltenen Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ab. Auch wenn eine Schätzung von potenziellen Mehrausgaben nicht valide möglich sei, könne folgende Faustformel bei der Ermittlung von Mehrausgaben zugrunde gelegt werden: Je Erlösrückgang in Höhe von 0,1 Prozentpunkten lägen die Mehrausgaben für alle Kostenträger in einem hohen zweistelligen Millionenbereich. Für die gesetzlichen Krankenkassen würden sich ebenfalls Mehrausgaben in Höhe eines hohen zweistelligen Millionenbetrags ergeben. Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen lägen die Mehrausgaben im Bereich eines mittleren einstelligen Millionenbetrags und für die Beihilfe von Bund, Ländern und Gemeinden im Bereich eines niedrigen einstelligen Millionenbetrags. Der Ausgleich von Mehrkosten, die aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 in Verbindung mit voll- oder teilstationären Patientenbehandlungen zwischen dem 1. Oktober 2020 und dem 31. Dezember 2021 entstünden, könne für die Kostenträger Mehrausgaben zur Folge haben. Dies sei sowohl von den Rahmenvorgaben abhängig, die die Vertragsparteien auf der Bundesebene zu vereinbaren hätten, als auch von den berücksichtigungsfähigen Mehrkosten, die den Krankenhäusern entstünden. Aufgrund der Planungsunsicherheit im Hinblick auf die weiteren Entwicklungen der SARS-CoV-2-Infektionen und der aufgrund dessen verursachten Schwankungen der Einkaufspreise, z. B. für persönliche Schutzausrüstung, sei eine Quantifizierung der finanziellen Folgen für die Kostenträger nicht möglich. Als Orientierungsgröße könne unter bestimmten Annahmen von dem folgenden Mehrausgabenvolumen ausgegangen werden: Unter der Annahme, dass für alle voll- und teilstationären Fälle vom 1. Oktober 2020 bis 31. Dezember 2021 ein Zuschlag für coronabedingte Mehrkosten in Höhe von beispielsweise 10 Euro zur Anwendung käme, beliefen sich die Mehrausgaben für alle Kostenträger auf rund 300 Millionen Euro. Für die gesetzlichen Krankenkassen würden sich Mehrausgaben in Höhe von rund 270 Millionen Euro ergeben, für die privaten Krankenversicherungsunternehmen in Höhe von rund 23 Millionen Euro und für die Beihilfe von Bund, Ländern und Gemeinden lägen die Mehrausgaben bei rund 8 Millionen Euro.

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstünden aus der Beteiligung an den Aufwendungen für die Verlängerung der Schutzschirmregelungen im Bereich der Pflegeversicherung Mehrausgaben in Höhe von 56 Millionen Euro.

Soziale Pflegeversicherung

Der sozialen Pflegeversicherung würden aus der Verlängerung der Schutzschirmregelungen im Bereich der Pflegeversicherung Mehrausgaben in Höhe von 400 Millionen Euro entstehen.

Zu den Buchstaben b und c

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

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

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für den Kinderzuschlag sei ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die durch den Gesetzentwurf zusätzlich erreichten Familien anzunehmen. In Anlehnung an die Schätzungen im Gesetz zur zielgenauen Stärkung von Familien und ihren Kindern durch die Neugestaltung des Kinderzuschlags und die Verbesserung der Leistungen für Bildung und Teilhabe (Starke-Familien-Gesetz) vom 29. April 2019 (BGBl. 2019 I, S. 530) werde pro zusätzlich erreichter Familie mit einem Erfüllungsaufwand von einmalig 90 Minuten abzüglich der sich zugleich generell durch die Vereinfachung ergebenden erheblichen Reduzierungen des Aufwands bei der Vermögensprüfung gerechnet. Es werde angenommen, dass sich beide Effekte im Wesentlichen ausgleichen.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Krankenhäusern entstehe für die Antragstellung zu Fördervorhaben ein infolge der großen Bandbreite an möglichen Fördergegenständen sowie der fehlenden Abschbarkeit, welche Anträge die Länder letztlich stellen würden, nur vage quantifizierbarer einmaliger Erfüllungsaufwand. Dieser werde bei vorsichtiger Schätzung ex ante in Höhe von 962 500 Euro angesetzt. Über die Kreditanstalt für Wiederaufbau könnten im Rahmen eines ergänzend aufzulegenden Förderprogramms Darlehen bereitgestellt und zu attraktiven Konditionen vergeben werden. Dies gelte für den Fall, dass Krankenhausträger nicht in der Lage seien, den für eine Förderung erforderlichen Kofinanzierungsanteil selbst zu tragen oder den über den Krankenhauszukunftsfonds hinaus absehbaren Mittelbedarf zu decken. Für die Krankenhäuser, denen Fördermittel gewährt worden seien, sowie diejenigen, die sich freiwillig beteiligten, entstehe im Zusammenhang mit der begleitenden Auswertung der Wirkungen der Förderung ein geschätzter Erfüllungsaufwand aufgrund der strukturierten Selbsteinschätzungen in Höhe von insgesamt circa 513 000 Euro. Somatischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen entstehe einmalig, voraussichtlich überwiegend im Jahr 2021, Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 100 000 Euro. Dieser ergebe sich aus der Gegenüberstellung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2020 und der Feststellung eines potenziellen coronabedingten Erlösrückgangs nach § 21 Absatz 11 KHG sowie aus der Ermittlung von Mehrkosten bei der Behandlung von voll- oder teilstationären Patientinnen und Patienten, die aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstünden. Die Verhandlung mit den Kostenträgern über solche

Sachverhalte gehöre für die Krankenhäuser zum jährlichen Routinegeschäft, so dass dadurch kein wesentlicher Zusatzaufwand entstehe. Die Klarstellungen bei der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags würden außerdem zu einer Entlastung führen, da dadurch Streitpotenzial auf der Ortsebene vermindert werde. Durch die Weitergeltung von § 150 SGB XI werde der bereits für das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz dargelegte geringfügige, nicht näher bezifferbare Mehraufwand für § 150 Absatz 2 SGB XI fortgeschrieben.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Für die Krankenhausträger ergeben sich nach Darstellung der Koalitionsfraktionen Dokumentationspflichten, um die Verwendung der Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds (Nachweise zum Stand der Umsetzung des Vorhabens, über erhaltene Fördermittel, über die Einhaltung der Fördervoraussetzungen, u. a. des Anteils an der Kofinanzierung etc.) nachprüfbar zu machen. Die Kosten hierfür dürften je Krankenhaus den Betrag von 1 000 Euro nicht übersteigen. Da nicht abschätzbar sei, wie viele Krankenhäuser Fördermittel erhielten, könne die Summe der hierfür entstehenden Bürokratiekosten nicht quantifiziert werden.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung der Länder entstehe Erfüllungsaufwand aufgrund der Sammlung und Prüfung der von den Krankenhäusern gestellten Anträge sowie der Abwicklung der Zahlungen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Der Erfüllungsaufwand insgesamt betrage unter der vagen Annahme, dass jedes Krankenhaus einen Antrag an das jeweilige Land stelle, bei vorsichtiger Schätzung eines jeweils anfallenden Aufwandes in Höhe von 500 Euro ex ante insgesamt 962 500 Euro. Für das BAS entstehe Erfüllungsaufwand für die Prüfung der Anträge, deren Bewilligung und die Abwicklung der Zahlungen mit den Ländern in Höhe von jährlich 684 000 Euro an Personal- und Personalsachkosten für vorübergehend bis zur abschließenden Abwicklung 7,5 Vollzeitäquivalente sowie für die Erstellung von Richtlinien für die Förderung einmalig in Höhe von rund 250 000 Euro. Darüber hinaus entstehe Erfüllungsaufwand für die Ausgestaltung und Bereitstellung eines Online-Schulungsprogramms für IT-Dienstleister in Höhe von rund 2 Millionen Euro sowie für die Beauftragung der Kreditanstalt für Wiederaufbau zur Bereitstellung eines Kreditprogrammes in Höhe von weiteren rund 2 Millionen Euro. Der dem BAS entstehende Erfüllungsaufwand werde vollständig aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds refinanziert. Die notwendigen Sachmittel und die Personalausstattung würden in dem nächsten Haushaltsverfahren unter Beachtung der haushaltsaufstellungsrelevanten Vorgaben etatisiert. Für den Bund entstehe Erfüllungsaufwand für die Beauftragung einer Forschungseinrichtung zur Erarbeitung eines Modells zur digitalen Reife von Krankenhäusern sowie dessen Erhebung und Auswertung (Evaluierung des Zukunftsprogramms) in Höhe von 11,5 Millionen Euro. Der dem Bundesministerium für Gesundheit entstehende Erfüllungsaufwand werde vollständig aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds getragen.

Durch die Weitergeltung von § 150 SGB XI werde der bereits für das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz dargelegte geringfügige, nicht näher bezifferbare Mehraufwand für § 150 Absatz 2 und 3 Satz 4 SGB XI fortgeschrieben.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Auswirkungen auf die Einzelpreise seien nicht zu erwarten. Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau könnten somit ausgeschlossen werden. Für den Ausgleich coronabedingter Mehrkosten und coronabedingter Erlösrückgänge ergäben sich auf Basis der in dem Abschnitt „Gesetzliche Krankenversicherung“ getroffenen Annahmen Mehrausgaben für die privaten Krankenversicherungsunternehmen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrags. Der privaten Pflegepflichtversicherung entstünden aus der Beteiligung an den Aufwendungen für die Verlängerung der Schutzschirmregelungen im Bereich der Pflegeversicherung Mehrausgaben in der Höhe von 35 Millionen Euro.

Zu den Buchstaben b und c

Die weiteren Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/22126 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 19/17754 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 19/22185 abzulehnen.

Berlin, den 16. September 2020

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüddel

Vorsitzender

Lothar Riebsamen
Berichterstatter

Dr. Edgar Franke
Berichterstatter

Dr. Robby Schlund
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Harald Weinberg
Berichterstatter

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatteerin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser
(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)
– Drucksache 19/22126 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser	Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser
(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)	(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) 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 3 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 1 Absatz 1 werden nach dem Wort „leistungsfähigen“ die Wörter „digital ausgestatteten“ eingefügt.	1. u n v e r ä n d e r t
2. § 12 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 6 wird das Wort „Bundesversicherungsamts“ durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Fördermittel, die nach Durchführung des Verfahrens nach Absatz 1 Satz 5 verbleiben, werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt.“	
3. § 12a wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und werden die Wörter „2022 weitere Mittel in	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich“ durch die Wörter „2024 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro“ ersetzt.	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „2022 jährlich“ durch die Angabe „2024 insgesamt“ ersetzt.	
bb) Satz 2 wird aufgehoben.	
cc) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2024“ ersetzt.	
dd) Im bisherigen Satz 4 wird das Wort „jährlich“ gestrichen.	
ee) Der bisherige Satz 5 wird aufgehoben.	
ff) Im bisherigen Satz 6 werden die Wörter „Satz 4 bis zum 31. Dezember 2022“ durch die Wörter „Satz 3 bis zum 31. Dezember 2024“ ersetzt.	
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2024“ und die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.	
cc) In den Sätzen 5 und 6 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.	
dd) In den Sätzen 7 und 8 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamts“ durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.	
4. Nach § 14 werden die folgenden §§ 14a und 14b eingefügt:	4. Nach § 14 werden die folgenden §§ 14a und 14b eingefügt:
„§ 14a	„§ 14a
Krankenhauszukunftsfonds	Krankenhauszukunftsfonds
(1) Beim Bundesamt für Soziale Sicherung wird aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Krankenhauszukunftsfonds in Höhe von insgesamt 3 Milliarden Euro errichtet.	(1) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die Mittel werden der Liquiditätsreserve bis zum ersten Bankarbeitstag im Jahr 2021 vom Bund zur Verfügung gestellt.	
(2) Zweck des Krankenhauszukunftsfonds ist die Förderung notwendiger Investitionen in Krankenhäusern in	(2) u n v e r ä n d e r t
1. die technische und insbesondere die informationstechnische Ausstattung der Notaufnahmen,	
2. die digitale Infrastruktur zur Förderung der internen, innersektoralen und sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten, insbesondere, um die Ablauforganisation, Dokumentation und Kommunikation zu digitalisieren, sowie zur Einführung oder Verbesserung von Telemedizin, Robotik und Hightechmedizin,	
3. die Informationssicherheit und	
4. die gezielte Entwicklung und die Stärkung wettbewerbsrechtlich zulässiger regionaler Versorgungsstrukturen, um die Versorgungsstrukturen sowohl im Normalbetrieb als auch in Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abzustimmen.	
Gefördert werden können auch Vorhaben von Hochschulkliniken und Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind. Für die Förderung der in Satz 2 genannten Vorhaben darf ein Land höchstens 10 Prozent des ihm nach Absatz 3 Satz 1 zustehenden Anteils der Fördermittel verwenden.	
(3) Von dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 5 Satz 4 und der dem Bundesministerium für Gesundheit für die Auswertung nach § 14b entstehenden Aufwendungen, kann jedes Land den Anteil beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Mit dem Betrag nach Satz 1 können auch länderübergreifende Vorhaben gefördert werden. Die einem Land nach Satz 1 zustehenden Fördermittel, die nicht durch die von einem Land bis zum 31. Dezember 2021 vollständig gestellten Anträge ausgeschöpft werden, werden mit Ablauf des Jahres 2023 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung an den Bund zurückgeführt. Fördermittel können auch für die Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen	(3) Von dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 6 Satz 3 und der dem Bundesministerium für Gesundheit für die Auswertung nach § 14b entstehenden Aufwendungen, kann jedes Land den Anteil beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Mit dem Betrag nach Satz 1 können auch länderübergreifende Vorhaben gefördert werden. Die einem Land nach Satz 1 zustehenden Fördermittel, die nicht durch die von einem Land bis zum 31. Dezember 2021 vollständig gestellten Anträge ausgeschöpft werden, werden mit Ablauf des Jahres 2023 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung an den Bund zurückgeführt. Fördermittel können auch für die Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben aufgenommen worden sind. Mindestens 15 Prozent der gewährten Fördermittel sind für Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit zu verwenden.	gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben aufgenommen worden sind. Mindestens 15 Prozent der gewährten Fördermittel sind für Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit zu verwenden.
(4) Die Krankenhausträger melden ihren Förderbedarf, unter Angabe insbesondere des Vorhabens und der Fördersumme, unter Nutzung der vom Bundesamt für Soziale Sicherung bereitgestellten, bundeseinheitlichen Formulare bei den Ländern an (Bedarfsanmeldung). Die Länder können weitere Anforderungen an die Ausgestaltung der Förderanträge der Krankenhausträger festlegen. Die Länder, bei länderübergreifenden Vorhaben die betroffenen Länder gemeinsam, treffen die Entscheidung, für welche Vorhaben eine Förderung beim Bundesamt für Soziale Sicherung beantragt werden soll, innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Bedarfsanmeldung; vor der Entscheidung ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel. Soweit dies für die Prüfungen nach Satz 5 erforderlich ist, sind die Länder befugt, Unterlagen einzusehen und zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Geschäftsräume, insbesondere Serverräume, des geförderten Krankenhauses nach Ankündigung zu betreten und zu besichtigen.	(4) u n v e r ä n d e r t
(5) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 3 ist, dass	(5) u n v e r ä n d e r t
1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens frühestens am ... [einsetzen: Tag des Kabinettschlusses] begonnen hat,	
2. das antragstellende Land, der Krankenhausträger oder beide gemeinschaftlich mindestens 30 Prozent der Fördersumme tragen,	
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,	
a) in den Jahren 2020 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2016 bis 2019 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) die in Buchstabe a genannten Haushaltsmittel um den Betrag der von dem Land nach Nummer 2 zu tragenden Kosten zu erhöhen und	
4. die auf Grundlage des Absatzes 7 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind.	
(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 3 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Betrag gedeckt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der nach § 22 Absatz 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form treffen.	(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 3 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Betrag gedeckt. Für die Rechnungslegung des Krankenhauszukunftsfonds gelten die für die Rechnungslegung der Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der nach § 22 Absatz 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form treffen.
(7) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 auch das Nähere zu	(7) u n v e r ä n d e r t
1. den Voraussetzungen für die Gewährung von Fördermitteln und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel, einschließlich der Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung sowie der Beauftragung der Kreditanstalt für Wiederaufbau mit einem den Krankenhauszukunftsfonds begleitenden Kreditprogramm durch das Bundesamt für Soziale Sicherung,	
2. dem Nachweis der Fördervoraussetzungen nach Absatz 5 Satz 1 und	
3. dem Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 14b	§ 14b
Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung	u n v e r ä n d e r t
Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt bis zum 28. Februar 2021 eine Forschungseinrichtung mit einer den Krankenhaus-zukunftsfonds begleitenden Auswertung hinsichtlich der Digitalisierung aller Krankenhäuser und insbesondere der nach § 14a geförderten Vorhaben. Aus der Auswertung soll sich ergeben, inwieweit die Digitalisierung der Krankenhäuser und die Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die Förderung verbessert werden konnten. Im Rahmen dieser Auswertung ist der Reifegrad aller Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung jeweils zum 30. Juni 2021 und zum 30. Juni 2023 unter Berücksichtigung von Bewertungskriterien anerkannter Reifegradmodelle festzustellen. Die Krankenhäuser, denen Fördermittel nach § 14a gewährt worden sind, übermitteln der vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Forschungseinrichtung auf deren Anforderung in elektronischer Form die für die Auswertung erforderlichen strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstands digitaler Maßnahmen.“	
5. § 21 wird wie folgt geändert:	5. § 21 wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 9 werden die folgenden Sätze angefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Innerhalb der in Satz 1 genannten Frist übermitteln die Länder zudem dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine krankenhausbezogene Aufstellung über die ausgezahlten Ausgleichszahlungen nach Absatz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1, die einem Krankenhaus ausgezahlt wurden, wenn der Krankenhausträger verlangt, dass eine Vereinbarung nach Absatz 11 Satz 1 getroffen wird.“	
b) Die folgenden Absätze 10 und 11 werden angefügt:	b) Die folgenden Absätze 10 und 11 werden angefügt:
„(10) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2020 das Nähere über den Ausgleich eines	„(10) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2020 das Nähere über den Ausgleich eines

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs, insbesondere	aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs, insbesondere
1. Einzelheiten für die Ermittlung der Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen für die Jahre 2019 und 2020,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Kriterien, anhand derer ein im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandener Erlösrückgang festgestellt wird,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Einzelheiten zum Nachweis der Erfüllung der nach Nummer 2 vereinbarten Kriterien und	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Höhe des Ausgleichssatzes für einen im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang.	4. u n v e r ä n d e r t
Bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2020 sind auch die Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 zu berücksichtigen, soweit sie entgangene Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen ersetzen. Die Beträge nach Absatz 5 Satz 1, die Zuschläge nach Absatz 6 Satz 1 und die Zusatzentgelte nach § 26 Absatz 1 Satz 1 sind nicht zu berücksichtigen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung auch ohne Antrag einer Vertragspartei bis zum Ablauf des 14. Januar 2021 fest.	Bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2020 sind auch die Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 zu berücksichtigen, soweit sie entgangene Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen ersetzen; variable Sachkosten sind bei der Erlösermittlung für die Jahre 2019 und 2020 mindernd zu berücksichtigen. Die Beträge nach Absatz 5 Satz 1, die Zuschläge nach Absatz 6 Satz 1 und die Zusatzentgelte nach § 26 Absatz 1 Satz 1 sowie die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes sind nicht zu berücksichtigen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung auch ohne Antrag einer Vertragspartei bis zum Ablauf des 14. Januar 2021 fest. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für die Vereinbarung der Erlöse nach Absatz 11 Satz 1 um die variablen Sachkosten bereinigte Entgeltkataloge für die pauschalierenden Entgeltsysteme nach den §§ 17b und 17d für die Jahre 2019 und 2020 barrierefrei auf seiner Internetseite.
(11) Auf Verlangen eines Krankenhausträgers sind die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 verpflichtet, mit dem Krankenhausträger	(11) Auf Verlangen eines Krankenhausträgers sind die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 verpflichtet, mit dem Krankenhausträger

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aufgrund der Vereinbarung nach Absatz 10 Satz 1 oder der Festlegung nach Absatz 10 Satz 4 die Erlöse für die Jahre 2019 und 2020, den im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang sowie einen Ausgleich für den Erlösrückgang zu vereinbaren. Die Vereinbarung nach Satz 1 kann unabhängig von den Vereinbarungen nach § 11 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung getroffen werden. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 multiplizieren den ermittelten Erlösrückgang mit dem nach Absatz 10 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten oder nach Absatz 10 Satz 4 festgelegten Ausgleichssatz. <i>Sie können in begründeten Ausnahmefällen einen abweichenden Ausgleichssatz vereinbaren und mit dem ermittelten Erlösrückgang multiplizieren, wenn dies für einen sachgerechten Ausgleich des Erlösrückgangs erforderlich ist.</i> Der nach Satz 3 oder Satz 4 errechnete Ausgleichsbetrag wird durch Zuschläge auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen. Die Genehmigung der Vereinbarung nach Satz 1 oder der Festsetzung nach Satz 6 ist von einer der Vertragsparteien nach Satz 1 bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung oder die Festsetzung den Regelungen in diesem Absatz und in Absatz 10 sowie sonstigem Recht entspricht. § 14 Absatz 2 Satz 1 und 3 und Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Unabhängig davon, ob eine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen wird, sind Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 3 Absatz 7 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2020 ausgeschlossen.“	aufgrund der Vereinbarung nach Absatz 10 Satz 1 oder der Festlegung nach Absatz 10 Satz 4 die Erlöse für die Jahre 2019 und 2020, den im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang sowie einen Ausgleich für den Erlösrückgang zu vereinbaren. Die Vereinbarung nach Satz 1 kann unabhängig von den Vereinbarungen nach § 11 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung getroffen werden. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 multiplizieren den ermittelten Erlösrückgang mit dem nach Absatz 10 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten oder nach Absatz 10 Satz 4 festgelegten Ausgleichssatz. Der nach Satz 3 errechnete Ausgleichsbetrag wird durch Zuschläge auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen. Die Genehmigung der Vereinbarung nach Satz 1 oder der Festsetzung nach Satz 5 ist von einer der Vertragsparteien nach Satz 1 bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung oder die Festsetzung den Regelungen in diesem Absatz und in Absatz 10 sowie sonstigem Recht entspricht. § 14 Absatz 2 Satz 1 und 3 und Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Unabhängig davon, ob eine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen wird, sind Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 3 Absatz 7 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2020 ausgeschlossen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
6. § 24 wird wie folgt geändert:	6. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 2 Satz 6 werden die Wörter „übermittelten und“ gestrichen und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und für die Veröffentlichung von Daten in zusammengefasster Form nach Absatz 4“ eingefügt.	
b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	
„(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Daten nach Absatz 2 Satz 1 in anonymisierter und zusammengefasster Form auf seiner Internetseite.“	
	7. Nach § 26 wird folgender § 26a eingefügt:
	„§ 26a
	Sonderleistung an Pflegekräfte auf Grund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie
	(1) Zugelassene Krankenhäuser, die im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Mai 2020 durch die voll- oder teilstationäre Behandlung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren, haben für ihre im genannten Zeitraum beschäftigten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, soweit diese durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt waren, Anspruch auf eine Auszahlung aus den in Absatz 3 Satz 1 genannten Mitteln, mit der sie diesen Beschäftigten eine Prämie als einmalige Sonderleistung zu zahlen haben. Als besonders belastet gelten Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten mit mindestens 20 voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, sowie Krankenhäuser ab 500 Betten mit mindestens 50 voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren. Der Betrag nach Absatz 3 Satz 1 wird unter den nach den Sätzen 1 und 2 anspruchsberechtigten Krankenhäusern zu 50 Prozent nach der jeweiligen Anzahl der voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nach Satz 1 mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, sowie zu 50 Prozent nach der Anzahl des im Jahr 2019 beschäftigten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, umgerechnet in Vollkräfte, verteilt. Der jedem anspruchsberechtigten Krankenhaus nach Maßgabe des Satzes 3 zustehende Betrag wird durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Daten ermittelt, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 24 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sowie nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes zur Verfügung stehen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jedes anspruchsberechtigte Krankenhaus unter Angabe des Namens und des Kennzeichens nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Prämienvolumen nach Satz 3 bis zum ... [einsetzen: Datum des siebten Tages nach Inkrafttreten nach Artikel 13 Absatz 1] barrierefrei auf seiner Internetseite.
	(2) Die Auswahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger sowie die Bemessung der individuellen Prämienhöhe entsprechend der Belastung durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten obliegt dem Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung. Zudem sollen neben den in Absatz 1 Satz 1 Genannten auch andere Beschäftigte für die Zahlung einer Prämie ausgewählt werden, die auf Grund der Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren.
	(3) Zur Finanzierung der Prämien nach Absatz 1 werden folgende Mittel zur Verfügung gestellt:
	1. 93 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und
	2. zusätzlich 7 Millionen Euro von den privaten Krankenversicherungsunternehmen.
	Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt den Betrag nach Satz 1 Nummer 1 bis zum ...

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	[einsetzen: Datum des 14. Tages nach Inkrafttreten gemäß Artikel 13 Absatz 1] an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der Verband der Privaten Krankenversicherung zahlt den Betrag nach Satz 1 Nummer 2 bis zum ... [einsetzen: Datum des 14. Tages nach Inkrafttreten nach Artikel 13 Absatz 1] an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet die Beträge nach den Sätzen 2 und 3 auf Grundlage der Veröffentlichung nach Absatz 1 Satz 5 an die anspruchsberechtigten Krankenhäuser weiter. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach Satz 2. Der Verband der Privaten Krankenversicherung bestimmt das Nähere zur Zahlung der Beträge der privaten Krankenversicherungsunternehmen nach Satz 3.
	(4) Nach Abschluss der Zahlungen nach Absatz 3 Satz 2 und 3 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung und durch den Verband der Privaten Krankenversicherung übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2021 eine krankenhausbezogene Aufstellung der ausgezahlten Mittel und stellt diese Übersicht auch dem Bundesamt für Soziale Sicherung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung zur Verfügung.
	(5) Die Krankenhausträger haben die Prämien nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2020 an die Beschäftigten nach Absatz 2 auszu zahlen. Den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 ist bis zum 30. September 2021 eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel des Jahresabschlussprüfers vorzulegen. Werden die Bestätigungen nicht oder nicht vollständig vorgelegt oder wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet, ist der entsprechende Betrag an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuzahlen. Dieser zahlt 93 Prozent des Betrags über das Bundesamt für Soziale Sicherung an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und 7 Prozent des

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Betrags über den Verband der Privaten Krankenversicherung an die privaten Krankenversicherungsunternehmen zurück.“
Artikel 2	Artikel 2
Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung
Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 57 Absatz 4 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 57 Absatz 4 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 5 Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Bundesversicherungsamts“ durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.	1. u n v e r ä n d e r t
2. In § 8 Absatz 4 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.	2. u n v e r ä n d e r t
3. § 11 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) In Nummer 4 Buchstabe b werden die Wörter „der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches“ durch die Wörter „und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch“ ersetzt.	
b) In Nummer 5 werden die Wörter „eines integrierten Notfallzentrums“ durch die Wörter „integrierter Notfallstrukturen insbesondere durch bauliche Maßnahmen“ ersetzt.	
4. In § 12 Absatz 1 Nummer 4 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Semikolon die Wörter „und die Kosten für die erforderlichen personellen Maßnahmen einschließlich der Kosten für die Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ eingefügt.	4. u n v e r ä n d e r t
5. § 13 wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) In der Überschrift wird das Wort „Bundesversicherungsamts“ durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.	
b) In den Absätzen 1 bis 4 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
6. § 14 wird wie folgt geändert:	6. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2024“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2024“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 Nummer 9 werden die Wörter „der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches“ durch die Wörter „und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch“ ersetzt.	
7. § 15 wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
a) In der Überschrift wird das Wort „Bundesversicherungsamts“ durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.	
b) In Absatz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamts“ durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.	
c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	
„Wird der Abdruck des Förderbescheids des Landes dem Bundesamt für Soziale Sicherung nicht innerhalb von 15 Monaten nach dem Erhalt des Auszahlungsbescheids übermittelt, kann das Bundesamt für Soziale Sicherung den Auszahlungsbescheid aufheben und die Fördermittel zurückfordern.“	
8. In § 16 Absatz 1 Satz 1, § 17 Absatz 1 vor der Aufzählung und § 18 Satz 2 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.	8. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
9. Folgender Teil 3 wird angefügt:	9. Folgender Teil 3 wird angefügt:
„Teil 3	„Teil 3
Förderung nach § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Förderung nach § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
§ 19	§ 19
Förderungsfähige Vorhaben	Förderungsfähige Vorhaben
(1) Nach § 14a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden folgende Vorhaben, insbesondere zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts von Patientinnen und Patienten, gefördert:	(1) Nach § 14a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden folgende Vorhaben, insbesondere zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts von Patientinnen und Patienten, gefördert:
1. die Anpassung der technischen und insbesondere der informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahme eines Krankenhauses an den jeweils aktuellen Stand der Technik,	1. die Anpassung der technischen und insbesondere der informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahme eines Krankenhauses, das die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder dieses Beschlusses erfüllt, an den jeweils aktuellen Stand der Technik,
2. die Einrichtung von Patientenportalen für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement, die einen digitalen Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsempfängern sowie zwischen den Leistungserbringern, den Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen und den Kostenträgern vor, während und nach der Behandlung im Krankenhaus ermöglichen,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Einrichtung einer durchgehenden, strukturierten elektronischen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen sowie die Einrichtung von Systemen, die eine automatisierte und sprachbasierte Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen unterstützen,	3. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. die Einrichtung teil- oder vollautomatisierter klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme, die klinische Leistungserbringer mit dem Ziel der Steigerung der Versorgungsqualität bei Behandlungsentscheidungen durch automatisierte Hinweise und Empfehlungen unterstützen,	4. u n v e r ä n d e r t
5. die Einrichtung eines durchgehenden digitalen Medikationsmanagements zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit, das Informationen zu sämtlichen arzneibezogenen Behandlungen über den gesamten Behandlungsprozess im Krankenhaus zur Verfügung stellt; zu diesen Einrichtungen zählen auch robotikbasierte Stellsysteme zur Ausgabe von Medikation,	5. u n v e r ä n d e r t
6. die Einrichtung eines krankenhausinternen digitalen Prozesses zur Anforderung von Leistungen, der sowohl die Leistungsanforderung als auch die Rückmeldung zum Verlauf der Behandlung der Patientinnen und Patienten in elektronischer Form mit dem Ziel ermöglicht, die krankenhausinternen Kommunikationsprozesse zu beschleunigen,	6. u n v e r ä n d e r t
7. wettbewerbsrechtlich zulässige Maßnahmen, die zur Abstimmung des Leistungsangebots mehrerer Krankenhäuser erforderlich sind, eine ausgewogene gemeinsame Angebotsstruktur, die eine flächendeckende Versorgung sicherstellt und Spezialisierung ermöglicht, zu entwickeln; zu den Maßnahmen zählt auch die Bereitstellung von sicheren Systemen, die IT-Infrastrukturen über ein Servernetz zur Verfügung stellen, ohne dass diese auf dem lokalen Server installiert sind (Cloud-Computing-Systeme),	7. u n v e r ä n d e r t
8. die Einführung und Weiterentwicklung eines onlinebasierten Versorgungsnachweissystems für Betten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungsbereichen,	8. u n v e r ä n d e r t
9. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer, kommunikationstechnischer und robotikbasierter Anlagen, Systeme oder Verfahren oder räumlicher Maßnahmen, die erforderlich sind, um telemedizinische Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern	9. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer, kommunikationstechnischer und robotikbasierter Anlagen, Systeme oder Verfahren oder räumlicher Maßnahmen, die erforderlich sind, um Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
oder zwischen Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen aufzubauen und den Einsatz telemedizinischer Verfahren in der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen,	ten, insbesondere im Rahmen von Operationen, zu unterstützen oder um telemedizinische Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern oder zwischen Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen aufzubauen und den Einsatz telemedizinischer Verfahren in der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen,
10. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren, um die nach dem Stand der Technik angemessenen organisatorischen und technischen Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, der Integrität und der Vertraulichkeit der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse des Krankenhausträgers zu treffen, die für die Funktionsfähigkeit des jeweiligen Krankenhauses und die Sicherheit der verarbeiteten Patienteninformationen maßgeblich sind, wenn das Vorhaben nicht nach § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a förderfähig ist, sowie	10. u n v e r ä n d e r t
11. Vorhaben zur Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungserfordernisse im Fall einer Epidemie, insbesondere durch Umwandlung von Zimmern mit mehr als zwei Betten in Ein- oder Zweibettzimmer, sofern das Vorhaben zu einer entsprechenden Verringerung der Zahl der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten führt.	11. u n v e r ä n d e r t
Vorhaben an Hochschulkliniken und Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind, sind förderfähig. Für Vorhaben nach Satz 2 dürfen maximal 10 Prozent der nach § 14a Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zustehenden Mittel verwendet werden.	Vorhaben an Hochschulkliniken und Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind, sind förderfähig. Für Vorhaben nach Satz 2 dürfen maximal 10 Prozent der nach § 14a Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zustehenden Mittel verwendet werden.
(2) Die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 und 9 genannten Vorhaben werden nur gefördert, wenn	(2) u n v e r ä n d e r t
1. international anerkannte technische, syntaktische und semantische Standards zur Herstellung einer durchgehenden einrichtungsinternen und einrichtungsexternen Interoperabilität digitaler Dienste verwendet werden,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. sie die Vorgaben zur Integration offener und standardisierter Schnittstellen nach Maßgabe von § 291d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berücksichtigen,	
3. generierte, für Patientinnen und Patienten relevante Dokumente und Daten in die elektronische Patientenakte übertragbar sind,	
4. Maßnahmen zur Gewährleistung der Informationssicherheit nach dem jeweiligen Stand der Technik durchgehend berücksichtigt werden und	
5. datenschutzrechtliche Vorschriften eingehalten werden.	
(3) Bei den Vorhaben nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 und 9 sind im Rahmen der geförderten Strukturen Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen.	(3) u n v e r ä n d e r t
§ 20	§ 20
Förderungsfähige Kosten	Förderungsfähige Kosten
(1) Bei den in § 19 Absatz 1 genannten Vorhaben können folgende Kosten erstattet werden:	(1) Bei den in § 19 Absatz 1 genannten Vorhaben können folgende Kosten erstattet werden:
1. die Kosten für erforderliche technische und informationstechnische Maßnahmen,	1. die Kosten für erforderliche technische und informationstechnische Maßnahmen einschließlich der Kosten für Beratungsleistungen bei der Planung des konkreten Vorhabens,
2. die Kosten für erforderliche personelle Maßnahmen einschließlich der Kosten für Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Kosten für räumliche Maßnahmen, soweit sie für die technischen, informationstechnischen und personellen Maßnahmen erforderlich sind; bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 10 genannten Vorhaben dürfen die Kosten für räumliche Maßnahmen jedoch höchstens 10 Prozent der gewährten Fördermittel ausmachen und	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Kosten für die Beschaffung von Nachweisen nach § 25 Absatz 1 Nummer 2.	4. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 genannten Vorhaben können bei erforderlichen technischen und informationstechnischen Maßnahmen insbesondere die Kosten für die Bereitstellung des Systems und für die Anbindung des Krankenhauses oder anderer Leistungserbringer an das System, einschließlich der für die Nutzung erforderlichen Software, erstattet werden. Bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 und 10 genannten Vorhaben werden bei erforderlichen technischen und informationstechnischen Maßnahmen insbesondere die Kosten des Krankenhauses für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- oder kommunikationstechnischer Anlagen erstattet. Die Kosten für die Errichtung nach Satz 2 umfassen auch die unmittelbaren Kosten der Krankenhäuser für die sichere Anbindung an die ambulante Einrichtung.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) § 2 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 gilt entsprechend.	(3) u n v e r ä n d e r t
§ 21	§ 21
Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung	Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung
(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite die nach § 14a Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile, die sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 abzüglich des Betrags nach Absatz 3 ergeben.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Für die Förderung der in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 genannten Vorhaben erlässt das Bundesamt für Soziale Sicherung bis zum 30. November 2020 Förderrichtlinien zur Konkretisierung der Voraussetzungen für die Förderung. Zur Vorbereitung dieser Richtlinie kann es sich der Unterstützung externer Sachverständiger bedienen.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung schätzt bis zum 31. Dezember 2020 die ihm bis zum 31. Dezember 2023 voraussichtlich entstehenden Aufwendungen nach § 14a Absatz 6 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und passt diese Schätzung jährlich an die tatsächlich entstandenen Aufwendungen an.	(3) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite erstmals bis zum 31. März 2022 mit Stand vom 31. Dezember 2021 und anschließend jährlich bis zum 31. März jeweils mit Stand vom 31. Dezember des Vorjahres die folgenden Angaben:	(4) u n v e r ä n d e r t
1. die Anzahl der gestellten Anträge insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie den Gegenstand der gestellten Anträge, differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben,	
2. die Höhe der beantragten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben unter Angabe der Höhe der durch die Länder bereitgestellten Mittel sowie	
3. die Höhe der bewilligten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben.	
Im Fall von Satz 1 Nummer 3 sind die Fördermittel für Vorhaben und Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind, gesondert auszuweisen. Die veröffentlichten Angaben dürfen keinen Bezug zu den betroffenen Vorhaben haben.	
(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechtigt ab dem 1. <i>Dezember 2020</i> Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von IT-Dienstleistern, die über die notwendige Eignung verfügen, festzustellen, ob informationstechnische Maßnahmen, die bei einem Vorhaben, für das Fördermittel beantragt werden, vorgesehen sind, die Voraussetzungen für die Gewährung von Fördermitteln nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6, 8 und 10 und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz erfüllen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung entwickelt zum Erwerb der Berechtigung nach Satz 1 bis zum 15. <i>November 2020</i> ein Schulungsprogramm, welches es kostenlos auf seiner Internetseite bereitstellt. Hierfür kann es sich der Unterstützung Dritter bedienen.	(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechtigt ab dem 1. Januar 2021 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von IT-Dienstleistern, die über die notwendige Eignung verfügen, festzustellen, ob informationstechnische Maßnahmen, die bei einem Vorhaben, für das Fördermittel beantragt werden, vorgesehen sind, die Voraussetzungen für die Gewährung von Fördermitteln nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6, 8 und 10 und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz erfüllen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung entwickelt zum Erwerb der Berechtigung nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 2020 ein Schulungsprogramm, welches es kostenlos auf seiner Internetseite bereitstellt. Hierfür kann es sich der Unterstützung Dritter bedienen.
(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung beauftragt die Kreditanstalt für Wiederaufbau mit einem den Krankenhauszukunftsfonds begleitenden Kreditprogramm, das Krankenhausträger bei der Zahlung des von ihnen nach § 14a Absatz 5	(6) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu tragenden Anteils der förderungsfähigen Kosten unterstützt.	
§ 22	§ 22
Antragstellung	Antragstellung
(1) Die Länder können bis zum 31. Dezember 2021 Anträge auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 14a Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Krankenhauszukunftsfonds an das Bundesamt für Soziale Sicherung stellen.	(1) <i>u n v e r ä n d e r t</i>
(2) Dem Antrag sind die in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Unterlagen sowie die folgenden Unterlagen beizufügen:	(2) Dem Antrag sind die in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Unterlagen sowie die folgenden Unterlagen beizufügen:
1. die Erklärung des antragstellenden Landes zur Verpflichtung, die Voraussetzungen des § 14a Absatz 5 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einzuhalten, sowie die Erklärung des antragstellenden Landes oder des Krankenhausträgers zur Verpflichtung, die Voraussetzungen des § 14a Absatz 5 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einzuhalten,	1. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
2. Nachweise darüber, dass mindestens 15 Prozent der für das Vorhaben beantragten Fördermittel für Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit eingesetzt werden, und Nachweise, um welche Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit es sich handelt,	2. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
3. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Vorhaben Nachweise über die Anschaffung oder Anpassung von technischer Ausstattung oder Software und deren Anbindung an die Notaufnahme des Krankenhauses sowie über durchgeführte oder geplante Schulungen,	3. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
4. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 genannten Vorhaben die Bestätigung des nach § 21 Absatz 5 berechtigten Mitarbeitenden des zu beauftragenden IT-Dienstleisters oder des zu beauftragenden Dienstleisters, dass das Vorhaben der Einrichtung eines digitalen Dienstes im Sinne des § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 dienen soll	4. <i>u n v e r ä n d e r t</i>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
und die Voraussetzungen nach § 19 Absatz 2 erfüllt,	
5. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 genannten Vorhaben die Bestätigung des antragstellenden Landes, dass das Konzept zur Abstimmung des Leistungsangebotes mehrerer Krankenhäuser wettbewerbsrechtlich zulässig ist,	5. u n v e r ä n d e r t
6. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 genannten Vorhaben die Bestätigung des nach § 21 Absatz 5 berechtigten Mitarbeitenden des zu beauftragenden IT-Dienstleisters oder der zu beauftragenden Dienstleister, dass die technischen Voraussetzungen für die Anbindung und Nutzung des Systems gegeben sind,	6. u n v e r ä n d e r t
7. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 genannten Vorhaben eine Bestätigung des Krankenhausträgers, dass die Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch verwendet werden, sobald diese zur Verfügung stehen und dass diese die Anforderungen nach § 19 Absatz 2 erfüllen,	7. u n v e r ä n d e r t
8. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 genannten Vorhaben die Bestätigung des nach § 21 Absatz 5 berechtigten Mitarbeitenden des IT-Dienstleisters oder der zu beauftragenden Dienstleister, dass die Maßnahmen erforderlich sind, um die informationstechnischen Systeme des Krankenhauses an den Stand der Technik anzupassen,	8. u n v e r ä n d e r t
9. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 genannten Vorhaben den Bescheid der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, aus dem sich die Verringerung der Betten, mit denen das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist, ergibt,	9. u n v e r ä n d e r t
10. die Berechnung des Barwerts nach § 20 Absatz 3 in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Satz 3 einschließlich einer Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsmathematischen Annahmen, wenn ein förderfähiges Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens des Krankenhausträgers finanziert werden soll, sowie	10. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6, 8 und 10 genannten Vorhaben den Nachweis über die Berechtigung nach § 21 Absatz 5 Satz 1 der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des zu beauftragenden IT-Dienstleisters, die oder der die Bestätigung nach Nummer 4, 6 oder 8 ausstellt; bei Anträgen, die vor der Bereitstellung des Schulungsprogramms nach § 21 Ab-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	satz 5 Satz 2 gestellt werden, ist der Nachweis unverzüglich nach der Bereitstellung des Schulungsprogramms nachzureichen,
11. bei länderübergreifenden Vorhaben zusätzlich die Erklärung der beteiligten Länder,	11. die Berechnung des Barwerts nach § 20 Absatz 3 in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Satz 3 einschließlich einer Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsmathematischen Annahmen, wenn ein förderfähiges Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens des Krankenhausträgers finanziert werden soll, sowie
	12. bei länderübergreifenden Vorhaben zusätzlich die Erklärung der beteiligten Länder,
a) in welchem Verhältnis sie den von ihnen nach § 14a Absatz 5 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu tragenden Anteil der förderungsfähigen Kosten zahlen,	a) u n v e r ä n d e r t
b) in welchem Verhältnis die Fördermittel an sie auszusahlen sind und	b) u n v e r ä n d e r t
c) in welchem Verhältnis sie die zurückgeforderten Fördermittel erstatten.	c) u n v e r ä n d e r t
§ 23	§ 23
Auszahlungsbescheide des Bundesamtes für Soziale Sicherung	u n v e r ä n d e r t
(1) Für die Auszahlungsbescheide des Bundesamtes für Soziale Sicherung gilt § 6 Absatz 1 entsprechend.	
(2) Die Auszahlungsbescheide sind mit einem Rückforderungsvorbehalt für den Fall zu versehen, dass	
1. die Voraussetzungen für die Gewährung der Fördermittel von Anfang an nicht bestanden haben oder nachträglich entfallen sind,	
2. der Finanzierungsanteil des Krankenhaus Zukunftsfonds höher als 70 Prozent liegt,	
3. die Fördermittel nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,	
4. die Angaben nach § 25 Absatz 1 nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vorgelegt werden oder	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. die Unterlagen nach § 25 Absatz 1 Nummer 5 ergeben, dass die Verpflichtungen nach § 14a Absatz 5 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht erfüllt worden sind.	
(3) Die Länder legen dem Bundesamt für Soziale Sicherung unverzüglich, spätestens jedoch 15 Monate nach der Bekanntgabe des Auszahlungsbescheides ihren Bescheid über die Förderung des jeweiligen Vorhabens vor.	
§ 24	§ 24
Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln	u n v e r ä n d e r t
(1) Für die Rücknahme oder den Widerruf von Auszahlungsbescheiden des Bundesamtes für Soziale Sicherung und für die Erstattung von Fördermitteln gelten die §§ 44 bis 51 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch.	
(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung macht Rückforderungsansprüche gegenüber den Ländern durch Bescheid geltend, wenn einer der in § 23 Absatz 2 genannten Fälle vorliegt. Legt das Land seinen Bescheid über die Förderung eines Vorhabens nicht in der in § 23 Absatz 3 genannten Frist dem Bundesamt für Soziale Sicherung vor, kann das Bundesamt für Soziale Sicherung den Auszahlungsbescheid aufheben und die gewährten Fördermittel zurückfordern. § 7 Absatz 2 Satz 2 und 3 sowie Absatz 3 gilt entsprechend.	
(3) Für die Bewirtschaftung der Fördermittel gilt § 9 entsprechend.	
§ 25	§ 25
Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel	u n v e r ä n d e r t
(1) Die Länder übermitteln dem Bundesamt für Soziale Sicherung zum 1. April eines Jahres, erstmals zum 1. April 2021, für die Vorhaben, für die das Bundesamt für Soziale Sicherung Fördermittel gewährt hat, die folgenden Angaben:	
1. Angaben zu dem Stand der Umsetzung und dem voraussichtlichen Abschluss des Vorhabens,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. einen Nachweis des beauftragten und berechtigten IT-Dienstleisters darüber, dass die Förderrichtlinien des Bundesamtes für Soziale Sicherung eingehalten wurden,	
3. die Ergebnisse einer Zwischenprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel oder die begründete Erklärung, dass eine entsprechende Zwischenprüfung nicht erfolgt ist,	
4. Angaben zur Höhe der ausgezahlten Fördermittel,	
5. aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die Voraussetzungen nach § 14a Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere die Verpflichtungen nach § 14a Absatz 5 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, eingehalten worden sind und	
6. aussagekräftige Unterlagen zur Höhe des für die Krankenhäuser und die Länder jeweils entstehenden Erfüllungsaufwands.	
(2) Die Länder überprüfen durch geeignete Maßnahmen die Richtigkeit eines Verwendungsnachweises der Krankenhausträger. Die Länder teilen dem Bundesamt für Soziale Sicherung Prüfungsbemerkungen ihrer obersten Rechnungsprüfungsbehörden mit. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann die Vorlage weiterer Nachweise verlangen, sofern dies für die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel erforderlich ist.“	
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Nach § 45 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 für das Kalenderjahr 2020 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 35 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 70 Arbeitstage.“	
2. In § 136a Absatz 2 Satz 9 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „30. September 2021“ und die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2022“ ersetzt und wird das Wort „bettenbezogene“ gestrichen.	
3. In § 271 Absatz 2 Satz 8 werden die Wörter „2022 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich“ durch die Wörter „2024 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro“ ersetzt.	
Artikel 4	Artikel 4
Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
§ 45 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird aufgehoben.	
Artikel 5	Artikel 5
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
§ 150 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In Absatz 5a Satz 1 und Absatz 5b Satz 1 werden jeweils die Wörter „bis zum 30. September 2020“ gestrichen.	1. § 114 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Abweichend von Satz 1 ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 in

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen mindestens einmal eine Prüfung durchzuführen.“
2. <i>In Absatz 5c werden die Wörter „zum 30. September 2020“ durch die Wörter „zu dem in Absatz 6 Satz 1 genannten Datum“ ersetzt.</i>	2. § 147 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ und wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Komma die Wörter „wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung des Versicherten oder des Gutachters mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zwingend erforderlich ist.“ eingefügt.
	bb) Folgender Satz wird angefügt:
	„Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entwickelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. Oktober 2020 bundesweit einheitliche Maßgaben dafür, unter welchen Schutz- und Hygieneanforderungen eine Begutachtung durch eine Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich stattfindet und in welchen Fällen, insbesondere bei welchen Personengruppen, eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zwingend erforderlich ist.“
	b) In Absatz 2 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
	c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
	„(6) Absatz 1 gilt für Anträge auf Pflegeleistungen, die zwischen dem 1. Oktober 2020 und dem 31. März 2021 gestellt werden.“
3. <i>In Absatz 5d Satz 1, 3 und 4 werden jeweils die Wörter „in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020“ gestrichen</i>	3. § 150 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 5a Satz 1 und Absatz 5b Satz 1 werden jeweils die Wörter „bis zum 30. September 2020“ gestrichen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) In Absatz 5c werden die Wörter „zum 30. September 2020“ durch die Wörter „zu dem in Absatz 6 Satz 1 genannten Datum“ ersetzt.
	c) Absatz 5d wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden in dem Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020“ gestrichen.
	bb) Satz 2 wird aufgehoben.
	cc) In den bisherigen Sätzen 3 und 4 werden jeweils die Wörter „in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020“ gestrichen.
	dd) Der bisherige Satz 5 wird aufgehoben.
4. Absatz 6 wird wie folgt gefasst:	d) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
„(6) Die Absätze 1 bis 5b gelten bis einschließlich 31. Dezember 2020. Absatz 5d gilt in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 31. Dezember 2020.“	„(6) unverändert
	4. Nach § 150a wird folgender § 150b eingefügt:
	„§ 150b
	Nichtanrechnung von Arbeitstagen mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld, Betriebshilfe oder Kostenerstattung gemäß § 150 Absatz 5d
	Die Arbeitstage, für die Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 150 Absatz 5d Satz 1, Betriebshilfe gemäß § 150 Absatz 5d Satz 2 oder Kostenerstattung gemäß § 150 Absatz 5d Satz 3 in Anspruch genommen worden ist, werden auf die Arbeitstage, für die Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3, Betriebshilfe gemäß § 44a Absatz 6 Satz 1 oder Kostenerstattung gemäß § 44a Absatz 6 Satz 3 in Anspruch genommen werden kann, nicht angerechnet.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Dem § 4 Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„Abweichend von Satz 1 ist der Fixkostendegressionsabschlag, der	
1. für das Jahr 2018 vereinbart wurde, nur in den Jahren 2018 und 2019 zu erheben,	
2. für das Jahr 2019 vereinbart wurde, nur in den Jahren 2019 und 2021 zu erheben,	
3. sich auf die für das Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigten Leistungen bezieht, die mit Fallpauschalen bewertet werden, nur in den Jahren 2021 und 2022 zu erheben,	
4. für das Jahr 2021 vereinbart wurde, auf die mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen anzuwenden, die im Vergleich zur Vereinbarung für das Jahr 2019 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden.“	
2. § 5 wird wie folgt geändert:	2. § 5 wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 3g werden die folgenden Absätze 3h und 3i eingefügt:	a) Nach Absatz 3g werden die folgenden Absätze 3h und 3i eingefügt:
„(3h) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die Zeit ab dem 1. Januar 2025 einen Abschlag in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, sofern ein Krankenhaus nicht sämtliche in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählte digitale Dienste bereitstellt. Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Nummer 4 sind bei der Berechnung des Abschlags nicht zu berücksichtigen. Das Nähere zur Umsetzung des Abschlags nach Satz 1 regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach § 291a Absatz 7a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei	„(3h) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
haben sie auch Regelungen zu vereinbaren, die die konkrete Höhe des Abschlags danach festlegen, wie viele der in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste nicht bereitgestellt sind und wie oft die bereitgestellten digitalen Dienste tatsächlich genutzt werden.	
(3i) Für die Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Rahmen der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, die vom 1. Oktober 2020 bis einschließlich 31. Dezember 2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 9 einen Zuschlag je voll- oder <i>teilstationären</i> Fall.“	(3i) Für die Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Rahmen der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, die vom 1. Oktober 2020 bis einschließlich 31. Dezember 2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 9 einen Zuschlag je voll- oder teilstationärem Fall.“
b) In Absatz 4 Satz 3 zweiter Halbsatz werden die Wörter „das Jahr 2009“ durch die Wörter „die Jahre 2020 und 2021“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
3. § 9 Absatz 1a wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.	
b) Folgende Nummer 9 wird angefügt:	
„9. bis zum 31. Dezember 2020 Vorgaben für Zuschläge nach § 5 Absatz 3i zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die den Krankenhäusern auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen; insbesondere vereinbaren sie, welche Kosten durch den Zuschlag nach § 5 Absatz 3i zu finanzieren sind und Anforderungen an den Nachweis des Vorliegens der Kosten und geben Empfehlungen für die Kalkulation der Kosten.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 7	Artikel 7
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	u n v e r ä n d e r t
Dem § 5 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 13. Juli 2020 (BGBl. I S. 1691) geändert worden ist, wird folgender Absatz 6 angefügt:	
„(6) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die Zeit ab dem 1. Januar 2025 einen Abschlag in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, sofern ein Krankenhaus nicht sämtliche in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste bereitstellt. Zu- und Abschläge nach den Absätzen 3 bis 5 und nach § 7 Satz 1 Nummer 3 und Satz 3 sind bei der Berechnung des Abschlags nicht zu berücksichtigen. Das Nähere zur Umsetzung des Abschlags regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach § 291a Absatz 7a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei haben sie auch Regelungen zu vereinbaren, die die konkrete Höhe des Abschlags danach festlegen, wie viele der in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste nicht bereitgestellt sind und wie oft die bereitgestellten Dienste tatsächlich genutzt werden.“	
Artikel 8	Artikel 8
Änderung des Familienpflegezeitgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Familienpflegezeitgesetz vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564), das zuletzt durch Artikel 18 Absatz 8a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Nach § 2a wird folgender § 2b eingefügt:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 2b	
Erneute Familienpflegezeit nach Inanspruchnahme einer Freistellung auf Grundlage der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie	
(1) Abweichend von § 2a Absatz 3 können Beschäftigte einmalig nach einer beendeten Familienpflegezeit zur Pflege und Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen Familienpflegezeit erneut, jedoch insgesamt nur bis zur Höchstdauer nach § 2 Absatz 1 in Anspruch nehmen, wenn die Gesamtdauer von 24 Monaten nach § 2 Absatz 2 nicht überschritten wird und die Inanspruchnahme der beendeten Familienpflegezeit auf der Grundlage der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie erfolgte.	
(2) Abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 4 muss sich die Familienpflegezeit nicht unmittelbar an die Freistellung nach § 3 Absatz 1 oder Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes anschließen, wenn die Freistellung aufgrund der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie in Anspruch genommen wurde und die Gesamtdauer nach § 2 Absatz 2 von 24 Monaten nicht überschritten wird.	
(3) Abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 6 muss sich die Freistellung nach § 3 Absatz 1 oder Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes nicht unmittelbar an die Familienpflegezeit anschließen, wenn die Inanspruchnahme der Familienpflegezeit aufgrund der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie erfolgte und die Gesamtdauer nach § 2 Absatz 2 von 24 Monaten ab Beginn der ersten Freistellung nicht überschritten wird.“	
2. In § 3 Absatz 3 Satz 6 werden die Wörter „bis 30. September 2020“ durch die Wörter „bis 31. Dezember 2020“ ersetzt.	
3. Folgender § 16 wird angefügt:	
„§ 16	
Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie	
(1) Abweichend von § 2 Absatz 1 Satz 2 gilt, dass die wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden vorübergehend unterschritten	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
werden darf, längstens jedoch für die Dauer von einem Monat.	
(2) Abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 gilt für Familienpflegezeit, die spätestens am 1. Dezember 2020 beginnt, dass die Ankündigung gegenüber dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor dem gewünschten Beginn in Textform erfolgen muss.	
(3) Abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 4 muss sich die Familienpflegezeit nicht unmittelbar an die Freistellung nach § 3 Absatz 1 oder Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes anschließen, wenn der Arbeitgeber zustimmt, die Gesamtdauer nach § 2 Absatz 2 von 24 Monaten nicht überschritten wird und die Familienpflegezeit spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2020 endet. Die Ankündigung muss abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 5 spätestens zehn Tage vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen.	
(4) Abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 6 muss sich die Freistellung nach § 3 Absatz 1 oder Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes nicht unmittelbar an die Familienpflegezeit anschließen, wenn der Arbeitgeber zustimmt, die Gesamtdauer nach § 2 Absatz 2 von 24 Monaten nicht überschritten wird und die Pflegezeit spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2020 endet. Die Inanspruchnahme ist dem Arbeitgeber spätestens zehn Tage vor Beginn der Freistellung nach § 3 Absatz 1 oder Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes in Textform anzukündigen.	
(5) Abweichend von § 2a Absatz 2 Satz 1 gilt, dass die Vereinbarung in Textform zu treffen ist.	
(6) Abweichend von § 2a Absatz 3 können Beschäftigte mit Zustimmung des Arbeitgebers einmalig nach einer beendeten Familienpflegezeit zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen Familienpflegezeit erneut, jedoch insgesamt nur bis zur Höchstdauer nach § 2 Absatz 1 in Anspruch nehmen, wenn die Gesamtdauer von 24 Monaten nach § 2 Absatz 2 nicht überschritten wird und die Familienpflegezeit spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2020 endet.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 9	Artikel 9
Weitere Änderung des Familienpflegezeitgesetzes	u n v e r ä n d e r t
§ 16 des Familienpflegezeitgesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564), das zuletzt durch Artikel 8 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird aufgehoben.	
Artikel 10	Artikel 10
Änderung des Pflegezeitgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Pflegezeitgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 18 Absatz 8a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:	
„§ 4a	
Erneute Pflegezeit nach Inanspruchnahme einer Freistellung auf Grundlage der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie	
(1) Abweichend von § 4 Absatz 1 Satz 2 und 3 können Beschäftigte einmalig nach einer beendeten Pflegezeit zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen Pflegezeit erneut, jedoch insgesamt nur bis zur Höchstdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 1 in Anspruch nehmen, wenn die Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 nicht überschritten wird und die Inanspruchnahme der beendeten Pflegezeit auf der Grundlage der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie erfolgte.	
(2) Abweichend von § 3 Absatz 3 Satz 4 muss sich die Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes nicht unmittelbar an die Pflegezeit anschließen, wenn die Pflegezeit auf Grund der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie in Anspruch genommen wurde und die Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 nicht überschritten wird.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Abweichend von § 3 Absatz 3 Satz 6 muss sich die Pflegezeit nicht unmittelbar an die Familienpflegezeit oder an die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes anschließen, wenn die Familienpflegezeit oder Freistellung auf Grund der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie erfolgte und die Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 nicht überschritten wird.“	
2. Folgender § 9 wird angefügt:	
„§ 9	
Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie	
(1) Abweichend von § 2 Absatz 1 haben Beschäftigte das Recht, in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 13 Absatz 1 dieses Gesetzes] bis einschließlich 31. Dezember 2020 bis zu 20 Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn die akute Pflegesituation auf Grund der COVID-19-Pandemie aufgetreten ist. Der Zusammenhang wird vermutet.	
(2) § 2 Absatz 3 Satz 2 ist bis zum 31. Dezember 2020 mit der Maßgabe anzuwenden, dass sich der Anspruch auch nach § 150 Absatz 5d Satz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch richtet.	
(3) Abweichend von § 3 Absatz 3 Satz 1 gilt, dass die Ankündigung in Textform erfolgen muss.	
(4) Abweichend von § 3 Absatz 3 Satz 4 muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes nicht unmittelbar an die Pflegezeit anschließen, wenn der Arbeitgeber zustimmt, die Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 nicht überschritten wird und die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2020 endet. Die Ankündigung muss abweichend von § 3 Absatz 3 Satz 5 spätestens zehn Tage vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen.	
(5) Abweichend von § 3 Absatz 3 Satz 6 muss sich die Pflegezeit nicht unmittelbar an die Familienpflegezeit oder an die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes anschließen, wenn der Arbeitgeber zustimmt, die	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 nicht überschritten wird und die Pflegezeit spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2020 endet; die Inanspruchnahme ist dem Arbeitgeber spätestens zehn Tage vor Beginn der Pflegezeit in Textform anzukündigen.	
(6) Abweichend von § 3 Absatz 4 Satz 1 gilt, dass die Vereinbarung in Textform zu treffen ist.	
(7) Abweichend von § 4 Absatz 1 Satz 2 und 3 können Beschäftigte mit Zustimmung des Arbeitgebers einmalig nach einer beendeten Pflegezeit zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen Pflegezeit erneut, jedoch insgesamt nur bis zur Höchstdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 1 in Anspruch nehmen, wenn die Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 nicht überschritten wird und die Pflegezeit spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2020 endet.“	
Artikel 11	Artikel 11
Weitere Änderung des Pflegezeitgesetzes	u n v e r ä n d e r t
§ 9 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 10 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird aufgehoben.	
Artikel 12	Artikel 12
Änderung des Bundeskindergeldgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Nach § 20 Absatz 6 des Bundeskindergeldgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. Januar 2009 (BGBl. I S. 142, 3177), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 575) geändert worden ist, wird folgender Absatz 6a eingefügt:	
„(6a) Abweichend von § 6a Absatz 3 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 wird bei Anträgen, die in der Zeit vom 1. Oktober 2020 bis 31. Dezember 2020 eingehen, Vermögen nach § 12 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch nicht berücksichtigt. Satz 1 gilt nicht, wenn das Vermögen erheblich ist; es wird vermutet, dass kein erhebliches Vermögen vorhanden ist, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller dies im Antrag erklärt.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 13	Artikel 13
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 4 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
(2) Die Artikel 5 und 8 Nummer 2 treten mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 in Kraft.	(2) Artikel 5 Nummer 1, 2, 3 Buchstabe a, b, c Doppelbuchstabe aa und cc, Buchstabe d und Artikel 8 Nummer 2 treten mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 in Kraft.
	(3) Artikel 5 Nummer 3 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb und dd tritt mit Wirkung vom 23. Mai 2020 in Kraft.
(3) Die Artikel 4, 9 und 11 treten am 1. Januar 2021 in Kraft.	(4) Die Artikel 4, 5 Nummer 4, die Artikel 9 und 11 treten am 1. Januar 2021 in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Lothar Riebsamen, Dr. Edgar Franke, Dr. Robby Schlund, Dr. Andrew Ullmann, Harald Weinberg und Maria Klein-Schmeink**A. Allgemeiner Teil****I. Überweisung**

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 19/22126** in seiner 173. Sitzung am 10. September 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Den Gesetzentwurf hat er außerdem zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuss Digitale Agenda und den Haushaltsausschuss überwiesen. Der Haushaltsausschuss wurde zudem gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beteiligt.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/17754** in seiner 151. Sitzung am 11. März 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Den Antrag hat er außerdem zur Mitberatung an den Finanzausschuss und den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/22185** in seiner 173. Sitzung am 10. September 2020 in erster Lesung beraten und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Patientenversorgung in Krankenhäusern spielt nach Darstellung der Fraktionen der CDU/CSU und SPD sowohl für die Bewältigung der COVID-19-Pandemie als auch für die grundsätzlichen Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen und modernen Gesundheitsversorgung eine große Rolle. Deshalb sei eine moderne, digitale und gute investive Ausstattung der Krankenhäuser in Deutschland notwendig. Die Finanzierung von Investitionsmaßnahmen im Krankenhausbereich sei nach dem Prinzip der dualen Finanzierung Aufgabe der Länder. In den vergangenen Jahren sei jedoch das Gesamtvolumen der Ländermittel für Krankenhausinvestitionen nominal und preisbereinigt zurückgegangen. Die Lücke, die durch fehlende Investitionen der Länder entstanden sei, werde in erheblichem Umfang aus anderen Finanzmitteln der Krankenhäuser geschlossen, wozu auch eine Querfinanzierung aus Betriebsmitteln gehöre. Insbesondere Investitionen in Digitalisierung und in eine moderne technische Ausstattung der Krankenhäuser seien in den letzten Jahren nicht in ausreichendem Maße erfolgt. Im Hinblick auf den Digitalisierungsgrad der Krankenhaus-IT habe Deutschland deutlichen Nachholbedarf. Durch gezielte Projekte könne das Digitalisierungsniveau erheblich angehoben werden. Im Vordergrund stehe, die medizinische Versorgung sowie die Souveränität und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu verbessern, die hohe Versorgungsqualität langfristig sicherzustellen und gleichzeitig den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern neue Perspektiven zu eröffnen, die sich durch die Digitalisierung ergäben. Insgesamt könne das Gesundheitswesen besser und zukunftsfähiger gestaltet werden. Die Auswirkungen der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie würden voraussichtlich über das Jahr 2020 hinausreichen. Der Beirat, der das Bundesministerium für Gesundheit bei der Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes unterstütze, gehe zudem davon aus, dass die Fallzahlen im voll- und teilstationären Bereich im weiteren Verlauf des Jahres 2020 nicht in allen Krankenhäusern das Niveau des Regelbetriebs vor der COVID-19-Pandemie erreichen würden. Die Behandlungskapazitäten mancher Krankenhäuser würden durch Hygienemaßnahmen

und Auflagen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Schutz vor Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 teilweise eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund würden für Krankenhäuser Maßnahmen erforderlich, um potenzielle coronabedingte Erlösausfälle und coronabedingte Mehrkosten im Bedarfsfall auszugleichen.

Auch in der pflegerischen Versorgung sei es angesichts der derzeitigen und für die kommenden Monate erwartbaren Infektionslage erforderlich, die Geltung eines Großteils der durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und durch das Zweite Bevölkerungsschutz-Gesetz in § 150 SGB XI zur Unterstützung und Entlastung von Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen getroffenen und bis 30. September 2020 befristeten Regelungen bis zum 31. Dezember 2020 zu verlängern. Damit würden wesentliche Bestimmungen zur finanziellen Entlastung und Unterstützung weiterhin gelten. Angesichts der Infektionslage stünden insbesondere auch pflegende Angehörige weiterhin vor großen Herausforderungen. Mit Blick auf das Infektionsgeschehen sollten sie durch eine Verlängerung der bis 30. September 2020 geltenden Regelungen im Pflegezeitgesetz, im Familienpflegezeitgesetz sowie im SGB XI bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei Pflege in häuslicher Umgebung auch künftig unterstützt werden.

Der erleichterte Zugang in die Grundsicherungssysteme einschließlich der vereinfachten Vermögensprüfung solle im Verordnungswege bis zum 31. Dezember 2020 verlängert werden. Eine strengere Vermögensprüfung beim Kinderzuschlag, der gegenüber der Grundsicherung vorrangig sei, sei zu vermeiden.

Der Koalitionsausschuss habe Anfang Juni 2020 das Vorhaben „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ konsentiert. Hierfür würden aus dem Bundeshaushalt drei Milliarden Euro für eine modernere und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt. Mit einem Krankenhauszukunftsfonds würden notwendige Investitionen gefördert. Hierzu zählten sowohl Investitionen in moderne Notfallkapazitäten als auch Investitionen in eine bessere digitale Infrastruktur der Krankenhäuser in den Bereichen der internen und auch sektorenübergreifenden Versorgung, der Ablauforganisation, der Kommunikation, der Telemedizin, der Robotik, der Hightechmedizin und der Dokumentation. Darüber hinaus sollten Investitionen in die IT- und Cybersicherheit der Krankenhäuser und damit des Gesundheitswesens allgemein, die gerade in Krisenlagen noch bedeutsamer sei, und Investitionen in die gezielte Entwicklung und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen sowohl für den Normalbetrieb als auch in Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abgestimmt und zum effizienten Ressourceneinsatz aus dem im „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ vorgesehenen Krankenhauszukunftsfonds unterstützt werden. Parallel zur Etablierung des Krankenhauszukunftsfonds wird mit dem Ziel, Überschneidungen zwischen den Förderinstrumenten zu vermeiden, die Laufzeit des bestehenden Krankenhausstrukturfonds bis 2024 verlängert.

Zu Buchstabe b

Nach Darstellung der antragstellenden Fraktion hat die Einführung des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems (DRG-System) dramatische Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und die Personallage in Krankenhäusern. Personalnotstand, kürzere Liegezeiten und damit verbundene Behandlungskomplikationen bei Patienten und die Zunahme der Privatisierung von Krankenhäusern seien nur einige dieser Fehlentwicklungen. Zudem habe die Einführung, entgegen der ursprünglichen Intention der Kostensenkung, sogar zu einer Kostensteigerung geführt. Unterschiedliche Gewinnmargen der Fallpauschalen erhöhten den Druck, möglichst rentable DRGs abzurechnen und bei den Fixkosten zu sparen. Die Praxis zeige, dass kurative Maßnahmen sich nicht primär am Patienten und der Behandlungsnotwendigkeit orientierten, sondern an den abzurechnenden Fallpauschalen. Dies führe dazu, dass die Abrechnung besonders kostenintensiver Verfahren, wie zum Beispiel das Durchführen bestimmter Operationen, die Richtung der Leistungserbringung im Krankenhaus vorgebe. Auch die für 2020 geplante Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen hin zu einer Finanzierung über ein krankenhäusindividuelles Pflegebudget stelle keine ganzheitliche Lösung dar. Die Lösung hierfür biete ein Prospektiv-Regionales-Pauschalensystem. Hierbei handele es sich um ein Vergütungssystem, bei dem eine ex ante Pauschale an den Leistungserbringer (Krankenhaus) entrichtet und von diesem auch verwaltet werde. Diese jährlich von den Krankenkassen erbrachte Pauschale richte sich nach regionalen Unterschieden wie z. B. der Morbidität und der Bevölkerungsdichte einer bestimmten Region und stelle somit ein realistisches Abbild der regionalen Versorgungssituation dar. Zudem soll ein Verwaltungssystem im Krankenhaus eingerichtet werden, welches das ihm zugewiesene Budget eigenverantwortlich verwalte, die Qualität der stationären Behandlung überwache sowie innovative medizinische Technologien, Verfahren und Produkte in die Krankenhausbehandlung einbinde.

Zu Buchstabe c

Im Lauf der Coronakrise wurde auf die im Vergleich zu denen anderer entwickelter Nationen bessere ambulante aber auch stationäre und intensivmedizinische Ausstattung des deutschen Gesundheitswesens hingewiesen, so die antragstellende Fraktion. Diese gelte es weiter zu sichern. Die dafür eigentlich vorgesehene Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer erfolge nicht ausreichend. Dass der Bund deshalb teils einspringe, sei für die Versorgung wichtig. Das dürfe jedoch nicht dazu führen, dass die Bundesländer ihren Verpflichtungen zur Übernahme von Kosten nicht nachkämen. Leistungen des Bundes seien deshalb immer mit denen der Länder zu verknüpfen.

Es müsse daher sichergestellt werden, dass die im Koalitionsentwurf des Krankenhauszukunftsgesetzes vorgesehenen Bundesmittel an Krankenhäuser jeweils nur dann bewilligt würden, wenn das jeweilige Bundesland diese mit Eigenmitteln in Höhe von 30 Prozent aufstocke. Dabei dürften die Landesmittel auch für alternative Investitionen des Krankenhausträgers eingesetzt werden, die nicht explizit im Bundesprogramm aufgeführt seien, aber ebenfalls der allgemeinen Instandhaltung der Krankenhausinfrastruktur dienten. Förderungen aus Bundesmitteln müssten Anreize für die Bundesländer sein, die eigenen Investitionen zu erhöhen, statt zu senken und damit die Krankenhausträger noch zusätzlich zu belasten.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der Ausschuss für **Arbeit und Soziales** hat in seiner 88. Sitzung am 16. September 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/22126 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der Ausschuss für **Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 62. Sitzung am 16. September 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/22126 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der Ausschuss **Digitale Agenda** hat in seiner 60. Sitzung am 16. September 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/22126 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 71. Sitzung am 16. September 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/22126 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Zudem hat er aufgrund seiner Beteiligung gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages einen eigenen Bericht vorgelegt.

Zu Buchstabe b

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 96. Sitzung am 16. September 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/17754 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 71. Sitzung am 16. September 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/17754 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu den Buchstaben a bis c

Der Ausschuss für Gesundheit hat seine Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/22126 und zum Antrag auf Drucksache 19/22185 in seiner 101. Sitzung am 14. September 2020 aufgenommen und beschlossen, zu den beiden Vorlagen eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Zu dem Antrag auf Drucksache 19/17754 hat er seine Beratungen bereits in seiner 87. Sitzung am 22. April 2020 aufgenommen und in seiner 88. Sitzung am 6. Mai 2020 beschlossen, dazu eine öffentliche Anhörung durchzuführen. Die Beratungen zu dem Antrag hat er in seiner 101. Sitzung am 14. September 2020 fortgesetzt.

Die öffentliche Anhörung fand in der 102. Sitzung am 14. September 2020 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Arbeitsgemeinschaft Kommunalen Großkrankenhäuser (AKG), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), Bundesärztekammer (BÄK), Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND e. V.), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (BVKom), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Bundesverband Gesundheits-IT (BVITG), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (DBPK), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK), Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V. (kkvd), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (Spifa), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Dr. Uwe Alschner (IVKK e. V.), Prof. Dr. Boris Augurzyk (Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung), Prof. Dr. Britta Böckmann (Fachhochschule Dortmund), Prof. Dr. Alexander Geissler (School of Medicine Universität St. Gallen), Dr. Wolfgang Rüpich (Gutachter und Sachverständiger für ärztliche Dokumentation und ärztliches Abrechnungswesen aus Halle (Saale)), Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg), Sebastian C. Semler (Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e. V.), Prof. Dr. Christoph Straub (BARMER). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 103. Sitzung am 16. September 2020 die Beratungen zu den drei Vorlagen fortgesetzt und abgeschlossen. Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/22126 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/17754 abzulehnen.

Außerdem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/22185 abzulehnen.

Änderungsanträge

Der Ausschuss für Gesundheit hat einige Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/22126 mit folgendem Inhalt beschlossen:

Mittels einer Regelung wird das Verfahren der Verwaltung und Rechnungslegung des Krankenhauszukunftsfonds durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) dahingehend vereinfacht, dass das BAS auf die bewährten Verfahrensstrukturen des Krankenhausstrukturfonds zurückgreifen kann. Hierdurch kann auch das Verfahren für die Länder als Antragsteller auf Fördermittel nach dem Krankenhauszukunftsfonds vereinfacht werden.

Der Einsatz von Pflegekräften und anderen Beschäftigten in Krankenhäusern, die durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten einer besonderen Belastung ausgesetzt waren, wird finanziell zusätzlich anerkannt. Krankenhäuser, die durch die Behandlung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren, erhalten einen Anspruch auf eine Auszahlung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie aus zusätzlichen Mitteln der privaten Krankenversicherungen, der sich zu 50 Prozent aus der jeweiligen Anzahl der behandelten mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten, sowie zu 50 Prozent aus der Anzahl des im Jahr 2019 beschäftigten Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ergibt. Im Rahmen des auf das jeweilige Krankenhaus entfallenden Prämienvolumens entscheidet der jeweilige Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung entsprechend der Belastung aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie über die Auswahl der der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger und die Höhe der Prämien.

Es werden Vorgaben für die Ermittlung der Erlöse der Krankenhäuser gemacht, um die Durchführung des Ausgleichs eines coronabedingten Erlösrückgangs zu vereinfachen. So wird insbesondere vorgegeben, dass die variablen Sachkosten bei der Erlösermittlung mindernd zu berücksichtigen sind und die tagesbezogenen Pflegeentgelte nicht in die Erlösermittlung einfließen. Zudem wird die Möglichkeit der Vertragsparteien vor Ort aufgehoben, einen von der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene abweichenden Ausgleichssatz für den Erlösausgleich zu vereinbaren.

Mittels einer Regelung wird die Förderung der Ausstattung der Notfallaufnahmen von Krankenhäusern auf diejenigen Krankenhäuser beschränkt, die eine Stufe des durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Notfallstufenkonzepts nach § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen.

Es sollen auch roboterassistierte Behandlungs- und Operationssysteme gefördert werden, die die behandelnde Ärztin und den behandelnden Arzt bzw. Operateur bei dem Eingriff, beispielsweise bei laparoskopischen oder anderen minimalinvasiv chirurgischen Eingriffen, unterstützen und somit zur Patientensicherheit betragen.

Zudem sollen in einem angemessenen Verhältnis zum Fördervolumen auch Kosten für die Beratung beziehungsweise Konzepterstellung für Kliniken in Bezug auf die Digitalisierung und IT-Sicherheit beispielsweise über Beraterfirmen berücksichtigt werden können. Die Beratung darf lediglich bezogen auf die Planung und Umsetzung eines konkreten Fördervorhabens nach § 19 KHSFV in Anspruch genommen werden, nicht jedoch als allgemeine Beratung im Sinne einer umfassenden Digitalisierungsstrategie losgelöst von konkreten förderfähigen Vorhaben.

Darüber hinaus wird die Frist zur Entwicklung und Bereitstellung einer Schulung durch das BAS auf den 31. Dezember 2020/1. Januar 2021 verschoben. Hierdurch soll dem BAS ein weiterer Monat Zeit gegeben werden, um die Inhalte der Förderrichtlinie medial aufzubereiten und in ein Schulungsprogramm zu überführen. Eine nennenswerte Verzögerung des Zuteilungsverfahrens von Fördermitteln ist nicht zu erwarten, da mit einer Antragstellung vor der Veröffentlichung der Förderrichtlinie nicht zu rechnen ist und in § 22 Absatz 2 Nummer 10 zweiter Halbsatz eine Nachreichung der Berechtigung im Antragsverfahren ermöglicht wird.

Der Nachweis über die Berechtigung der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des zu beauftragenden IT-Dienstleisters, die oder der die Bestätigung ausstellt, ist für die Prüfung des BAS indes erforderlich und daher beizufügen. Stellt ein Land bereits vor dem 1. Januar 2021 einen Antrag auf Zuweisung von Fördermitteln, reicht es den Nachweis über die Berechtigungserteilung unverzüglich nach, sobald das Schulungsprogramm bereitgestellt wird (Richtwert: innerhalb eines Monats nach Bereitstellung des Schulungsprogramms). Ein Antrag, dem allein der Nachweis der Berechtigung der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des beauftragten IT-Dienstleisters fehlt, soll vor dem 31. März 2021 nicht abgelehnt werden.

Weitere Regelungen den Bereich der Pflege betreffend sehen folgenden Inhalt vor:

a. Der Prüfzeitraum, in dem jede Pflegeeinrichtung nach Wiederaufnahme von Regelprüfungen einmal zu prüfen ist, wird vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 auf insgesamt 15 Monate verlängert.

b. Die Möglichkeit einer Begutachtung des Versicherten ohne Hausbesuch wird bis zum 31. März 2021 verlängert. Von der Möglichkeit kann jedoch nur Gebrauch gemacht werden, wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung zwingend erforderlich ist. Für Fallkonstellationen, in denen eine Begutachtung durch eine Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu erfolgen hat, sind Schutz- und Hygienemaßnahmen durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu entwickeln. Wiederholungsbegutachtungen werden bis zum 31. März 2021 ausgesetzt (§ 147 Abs. 1 und 2 SGB XI).

c. Es wird eine Anschlussregelung zum „coronabedingten“ Pflegeunterstützungsgeld (§ 150 Absatz 5d SGB XI) getroffen, die ab dem 1. Januar 2021 gelten wird: Arbeitstage, für die coronabedingtes Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 150 Absatz 5d Satz 1 SGB XI in Anspruch genommen worden ist, werden nicht auf Arbeitstage angerechnet, für die nach § 44a Absatz 3 SGB XI Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen werden kann. Gleiches gilt im Hinblick auf Betriebshilfe oder Kostenerstattung für landwirtschaftliche Unternehmer.

d. Die Regelung, dass der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 150 Absatz 5d Satz 1 SGB XI um die Arbeitstage gekürzt wird, für die bereits vor dem 23. Mai 2020 Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen worden ist, wird gestrichen. Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 150 Absatz 5d Satz 1 SGB XI steht Beschäftigten somit in vollem Umfang zu und zwar rückwirkend ab dem 23. Mai 2020. Gleiches gilt im Hinblick auf einen Anspruch auf Betriebshilfe oder Kostenerstattung für landwirtschaftliche Unternehmer gemäß § 150 Absatz 5d Satz 2 und 3 SGB XI neue Fassung.

Darüber hinaus wird mittels einer redaktionellen Änderung ein Verweisfehler korrigiert.

Die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge Nummer 1, 2, 5 und 6 auf Ausschussdrucksache 19(14)206.3 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge Nummer 3 und 4 auf Ausschussdrucksache 19(14)206.3 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** zeigte sich überzeugt, dass mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) ein zukunftsweisendes Gesetz verabschiedet werde. Es setze das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ als Teil des Konjunktur- und Krisenbewältigungspakets der Bundesregierung um. Dies werde durch die Schaffung eines Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) mit Fokus auf Förderungen im Bereich der Digitalisierung erreicht. Insgesamt würden über den zu schaffenden KHZF durch den Bund 3 Milliarden Euro über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Länder und bzw. oder die Krankenhausträger übernehmen zusätzlich 30 Prozent der jeweiligen Investitionskosten. Mit dem KHZF würden notwendige Investitionen der Krankenhäuser gefördert, beispielsweise in moderne Notfallkapazitäten, eine bessere digitale Infrastruktur der Krankenhäuser, in die Ablauforganisation, Kommunikation, Telemedizin, Robotik, Hightech-Medizin und Dokumentation. Mit dem KHZG werde es gelingen, die medizinische Versorgung in den Kliniken nicht nur in Krisenzeiten, sondern dauerhaft zu verbessern. Die Koalition setze mit dem Gesetzentwurf die Unterstützung für Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige fort, um die Auswirkungen des Coronavirus SARS-CoV-2 abzufedern. Zudem sollten neben regionalen Versorgungsstrukturen auch Investitionen in die IT- und Cybersicherheit des Gesundheitswesens unterstützt werden, die gerade in Krisenlagen von besonderer Bedeutung seien. Im parlamentarischen Verfahren habe sich die Fraktion außerdem dafür stark gemacht, eine Regelung der Selbstverwaltungspartner – also der Krankenkassen und der Krankenhäuser – zur Einführung einer Corona-Prämie für Klinikmitarbeiter einzusetzen. Darüber hinaus könnten Krankenhäuser, die im Zuge der Coronahilfen zu geringe Ausfallpauschalen erhalten hätten, hierüber auf Ortsebene neu mit den Vertragspartnern verhandeln.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, mit dem Krankenhauszukunftsgesetz soll sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten in Deutschland auch in Zukunft von der hohen Versorgungs- und Pflegequalität in deutschen Kliniken profitieren. Das Gesetz setze das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ aus dem Konjunkturpaket um. Gefördert würden moderne stationäre Notfallkapazitäten sowie die digitale Ausstattung und Vernetzung der Kran-

kenhäuser. Gleichzeitig würden Rahmenbedingungen geschaffen, um coronabedingte Erlösausfälle und Mehrkosten für Krankenhäuser im Bedarfsfall auszugleichen. Hier seien nach der Anhörung noch Verbesserungen vorgenommen worden. Man setze mit dem Gesetz gleichzeitig einen Konjunkturimpuls in der Krise. Deshalb sei der Fraktion wichtig, dass die getroffenen Maßnahmen schnell umgesetzt werden könnten. Nicht zuletzt flankiere die Koalition mit dem Gesetz die Vereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband, so dass nun auch Beschäftigte in besonders belasteten Krankenhäusern eine Prämie als Anerkennung für ihre Leistungen bei der Bewältigung der Krise erhalten könnten. Dafür würden insgesamt 100 Mio. Euro bereitgestellt. Nun habe auch die private Krankenversicherung ihre finanzielle Beteiligung zugesichert.

Die **Fraktion der AfD** sagte, die Gesetzesziele seien an sich zu begrüßen. Die Umsetzung sei jedoch an vielen Stellen mangelhaft. So bestehe infolge der Änderungsanträge zum Krankenhauszukunftsgesetz die Gefahr, dass die Bundesländer ihren Anteil an der Investitionsfinanzierung vollständig auf die Träger abwälzten. Förderungen aus Bundesmitteln müssten eigentlich Anreize für die Bundesländer sein, die eigenen Investitionen zu erhöhen statt zu senken und damit die Krankenhausträger noch zusätzlich zu belasten. Zudem drohe der Entwurf mit der Sanktionskeule, sofern ein Krankenhaus nicht sämtliche digitalen Dienste im Sinne des § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis 2025 bereitstelle. Hier hätte man sich gerade im Hinblick auf den schleppenden digitalen Ausbau, den meist Bund und Länder zu vertreten hätten, mehr Augenmaß gewünscht. Auch die Ungleichbehandlung im Rahmen der gesetzlich vorgesehen einseitigen Krankenhausförderung sei abzulehnen. Hier werde offensichtlich und ohne sachlichen Grund die Stellung der Vertragsärzte bei der Digitalisierung mit der vorgesehenen gesetzlichen Förderung ausschließlich für Krankenhäuser weiter geschwächt. Daher lehne die Fraktion den vorliegenden Gesetzentwurf ab.

Die **Fraktion der FDP** begrüßte Investitionen in die Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern. Es sei wichtig, dass die Patientinnen und Patienten die beste Versorgung erhielten. Um die beste Versorgung zu ermöglichen, brauche es den neuesten Stand der Technik. Hier habe Deutschland Nachholbedarf, denn in den vergangenen Jahren sei nicht ausreichend investiert worden. Die Schuld daran sei nicht bei den Krankenhäusern und auch nicht beim Fallpauschalensystem zu suchen. Wie im Gesetzesentwurf richtig stehe, seien die Bundesländer ihren Verpflichtungen zur Zahlung der Investitionskosten nicht ausreichend nachgekommen. Jedes Jahr fehlen ca. 3 Milliarden Euro. Man werde dem Gesetzentwurf zustimmen, da man in erster Linie die Digitalisierung im Krankenhaus gestärkt sehen wolle. Dies sei dennoch kein Krankenhauszukunftsgesetz, sondern ein Vergangenheits-Aufarbeitungs-Gesetz. Krankenhäuser müssten endlich digitaler und strukturell wie finanziell besser aufgestellt werden. Eine teure Querfinanzierung des Bundes, der die Versäumnisse der Länder ausgleiche, könne nicht zur Regel werden. Die Fraktion fordere mit einem Entschließungsantrag im Plenum, dass vom Bundestag ein Think-Tank eingesetzt werde, der alternative Krankenhaus-Finanzierungsmodelle prüfe und dem Ausschuss für Gesundheit regelmäßige Berichte erstatte. Es werde ein neues Finanzierungsmodell und eine echte Reform gebraucht.

Die **Fraktion DIE LINKE.** vertrat die Meinung, dass das Krankenhauszukunftsgesetz seinem Titel nicht gerecht wird. Es werde weiterhin an der Logik der Fallpauschalen (DRG) festgehalten. Würde stattdessen ein System der Erstattung aller notwendigen Kosten der Krankenhäuser existieren, wie es DIE LINKE. seit langem fordere, gäbe es viele Probleme nicht, die nun auch mit diesem Gesetzentwurf nicht gelöst würden. Es sei gut, dass der Bund, wie seit über zehn Jahren in den Haushaltsberatungen gefordert werde, die Länder mit dem Krankenhauszukunftsfonds bei der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser unterstütze und eigene Investitionssteigerungen der Länder anreize. Allerdings werde der Gesetzentwurf den Notwendigkeiten beim Volumen und der Dauer der Förderung nicht gerecht. Zudem sei die Regelung so ausgestaltet, dass die Träger statt der Länder selbst kofinanzieren können. Davon könnten vor allem finanzstarke Krankenhausträger profitieren. Dies sei eher eine Gewinn- als eine Bestandsgarantie, da der Erlösausgleich den Häusern mit hohen Erlösen im Vorjahr mehr als Häusern mit geringen Erlösen nutze. Statt auf Erlöse müssten hier die Kosten der Krankenhäuser zur Ermittlung der Ausgleichszahlungen herangezogen werden. Der Pflegebonus sei zu begrüßen, allerdings im Volumen viel zu gering. Alleine außerhalb der Pflege gebe es über 400 000 Beschäftigte. Die Einbindung der Beschäftigtenvertretungen zur Festlegung der Beschäftigten, die den Bonus erhielten, führe zu Konflikten in den Häusern. In der Altenpflege sei es gut, dass die Qualitätsprüfungen wieder aufgenommen würden. Hier vermisst die Fraktion allerdings ein vergleichbares Investitionsprogramm des Bundes, da die Länder ihren Investitionsverpflichtungen in der Altenpflege noch viel weniger nachkämen und die Kosten auf die Menschen mit Pflegebedarf abgewälzt würden.

Nach Ansicht der **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** wird das Gesetz seinem Anspruch nicht gerecht. Für eine bessere Versorgung und zukunftsfähige Sicherstellung der stationären Versorgung müsse das Problem der massiven Unterfinanzierung bei den Krankenhausinvestitionen und der unzureichenden Krankenhausplanung in

Angriff genommen werden. Zudem sei eine Weiterentwicklung im System der Fallpauschalen nötig, mit denen Leistungen im Krankenhaus vergütet werden. Eine solche Reform müsse zu mehr Verlässlichkeit und Qualität in der Versorgung führen und Fehlanreize beheben. Die Anschubfinanzierung zur Digitalisierung sei grundsätzlich richtig, denn es werde mehr Geld für die Modernisierung der digitalen Infrastruktur benötigt. Allerdings fehle eine patientenorientierte Strategie für die Digitalisierung. So bestehe die Gefahr, dass ein Flickenteppich aus unterschiedlichen Digitalisierungsprojekten entstehe, die sich zu keinem vernünftigen Gesamtkonzept fügen. Auch die digitale Reifegradmessung für Krankenhäuser leide unter diesem Problem. Wie wolle man den Reifegrad beurteilen, wenn es keine aus einer Strategie abgeleiteten Maßstäbe und Ziele für die Digitalisierung gäbe. Es drohe eine rein technikfixierte Beurteilung. Es sei sinnvoll, aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung einen Ausgleich für Krankenhäuser zu schaffen, die in den vergangenen Monaten der Epidemie finanzielle Einbußen erlitten hätten. Das treffe überwiegend auf große Häuser zu. Ebenso sei es richtig, das Kinderkrankengeld auszudehnen. Hier jedoch bleibe die Bundesregierung hinter dem zurück, was die Familien bräuchten. Nötig sei eine Verbesserung des Lohnfortzahlungsanspruchs und der Kinderkrankentage über die Corona-Epidemie hinaus. Insgesamt werde man sich bei dem Gesetzentwurf enthalten.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/22126 empfiehlt, wird auf die Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 4

Zu Absatz 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung eines Verweisfehlers.

Zu Absatz 6

Die Regelung gewährleistet, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) für die Verwaltung und die Rechnungslegung des Krankenhauszukunftsfonds die gleichen Regelungen anwenden kann, die auch für die Verwaltung und Rechnungslegung des Krankenhausstrukturfonds gelten. Es handelt sich insoweit um die auf Grund des § 78 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch erlassene Rechtsverordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung und um die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung. Damit kann das BAS auf die bereits für den Krankenhausstrukturfonds bewährten Verfahrensstrukturen zurückgreifen, wodurch das Verfahren für das BAS und für die Länder vereinfacht wird.

Zu Nummer 5

Zu Absatz 10 Satz 2

Variable Sachkosten, die nur anfallen, wenn Leistungen erbracht werden, sollen im Rahmen des Erlösausgleichs nicht ausgeglichen werden. Die Regelung sieht daher vor, dass die variablen Sachkosten bei der Ermittlung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2020 mindernd zu berücksichtigen sind.

Zu Absatz 10 Satz 3

Die Regelung sieht vor, dass die tagesbezogenen Pflegeentgelte nicht bei der Ermittlung der Erlöse zu berücksichtigen sind. Ein Vergleich der Erlöse für die Jahre 2019 und 2020 ohne die Einbeziehung der Anteile für die Pflege ist ohne nennenswerten Aufwand umsetzbar, da für beide Jahre ein Fallpauschalenkatalog ohne Pflegeper-

sonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorliegt. Eine Vergleichbarkeit der Pflegerlöse der beiden Jahre wäre demgegenüber kaum herzustellen, da für die Pflege im Jahr 2020 eine neue Finanzierungssystematik etabliert wurde.

Zu Absatz 10 letzter Satz

Um die Vereinbarung der Erlöse durch die Vertragsparteien auf Ortsebene zu erleichtern, wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, für die Jahre 2019 und 2020 Entgeltkataloge für das DRG-Fallpauschalensystem und das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die um die variablen Sachkosten bereinigt sind, barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Auf dieser Grundlage haben die Vertragsparteien auf Ortsebene bei der Ermittlung der Erlöse die variablen Sachkosten, die nicht im Rahmen des Erlösausgleichs ausgeglichen werden, nach einer bundeseinheitlichen Vorgabe herauszurechnen. Da auf diese Weise die Erlöse ohne variable Sachkosten für jedes Krankenhaus sachgerecht ermittelt werden können, kann die bislang vorgesehene Möglichkeit der Vertragsparteien vor Ort, einen von der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene abweichenden Ausgleichssatz zu vereinbaren, entfallen.

Zu Absatz 11 Satz 4 –alt –

Durch die Regelung wird die Möglichkeit der Vertragsparteien vor Ort aufgehoben, einen von der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene abweichenden Ausgleichssatz zu vereinbaren. Hierdurch wird im Sinne eines bürokratiearmen Verfahrens der Verhandlungs- und Vereinbarungsaufwand auf der Ortsebene reduziert und etwaige Schiedsstellenverfahren vermieden.

Zu Absatz 11 Satz 4 – neu –

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von Absatz 11 Satz 4.

Zu Absatz 11 Satz 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von Absatz 11 Satz 4.

Zu Nummer 7

Mit der Regelung wird der Einsatz von Pflegekräften in Krankenhäusern, die durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten einer besonderen Belastung ausgesetzt waren, finanziell zusätzlich anerkannt.

Zu Absatz 1

Satz 1 bestimmt, dass zugelassene Krankenhäuser, die in dem Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Mai 2020 durch die voll- oder teilstationäre Behandlung von mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren, für in dem genannten Zeitraum bei ihnen beschäftigte Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen einen Anspruch auf eine Auszahlung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie aus zusätzlichen Mitteln der privaten Krankenversicherungen haben, um ihren Beschäftigten, die durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt waren, eine Prämie als einmalige Sonderleistung zu zahlen.

Dabei gelten Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten als besonders belastet, in denen mindestens 20 Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, voll- oder teilstationär behandelt wurden. Krankenhäuser ab 500 Betten gelten als besonders belastet, wenn dort mindestens 50 Patientinnen und Patienten voll- oder teilstationär behandelt wurden, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren. Das Prämienvolumen je anspruchsberechtigtem Krankenhaus ergibt sich zu 50 Prozent aus der jeweiligen Anzahl der voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum nach Absatz 1 Satz 1 mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, sowie zu 50 Prozent aus der Anzahl des im Jahr 2019 beschäftigten Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, umgerechnet in Vollkräfte. Das Prämienvolumen wird durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf der Grundlage der ihm nach § 24 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes zur Verfügung stehenden Daten ermittelt. Soweit dem

InEK für einzelne Krankenhäuser keine Daten zur Anzahl des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorliegen, wohl aber zur Zahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten, erhalten diese Krankenhäuser nur das Mittelvolumen, das sich nach der Anzahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten bemisst, nicht aber das Mittelvolumen, für das die Bemessungsgrundlage fehlt. Satz 5 bestimmt, dass das InEK auf seiner Internetseite das ermittelte Prämienvolumen für jedes anspruchsberechtigte Krankenhaus unter Angabe des Namens und des Institutionskennzeichens barrierefrei veröffentlicht. Die Veröffentlichung des Prämienvolumens für jedes anspruchsberechtigte Krankenhaus ermöglicht die zeitnahe und fristgerechte Auszahlung der Prämien an die Beschäftigten durch ein bürokratiearmes und transparentes Verfahren. Die Krankenhausträger können bereits sieben Tage nach Inkrafttreten des Gesetzes einsehen, welches Prämienvolumen in den anspruchsberechtigten Krankenhäusern an die Beschäftigten ausgezahlt werden kann und auf dieser Basis mit den Vorbereitungen für die krankenhauserinterne Verteilung, Abstimmung und Auszahlung beginnen. Um im Sinne einer besseren Zuordnung der Krankenhäuser die Abrechnungsmodalitäten zu erleichtern, wird auch das Institutionskennzeichen nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlicht.

Zu Absatz 2

Im Rahmen des auf das jeweilige Krankenhaus entfallenden Prämienvolumens entscheidet der jeweilige Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung entsprechend der Belastung aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie über die Auswahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger und die Höhe der Prämien, wobei die individuelle Höhe der Prämie bis zu 1 000 Euro betragen kann. Die besondere Belastung ergibt sich aus dem unmittelbaren Kontakt mit Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren. Abhängig von der Betroffenheit des Krankenhauses ist es zu Beginn der COVID-19-Pandemie für Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen besonders im Hinblick auf die körperbezogene Pflege zu erschwerten Arbeitsbedingungen gekommen. Hierzu zählen neben einer erheblichen Mehrarbeit die Einhaltung besonderer Vorschriften und Hygienemaßnahmen, das Tragen von Schutzkleidung sowie die potentielle Gefährdung der eigenen Gesundheit. Zu berücksichtigen ist hierbei insbesondere die Tatsache, dass es sich bei dem SARS-CoV-2-Virus um ein völlig neuartiges und wissenschaftlich somit nicht erforschtes Virus handelte. Pflegekräfte im Krankenhaus waren bei ihrer täglichen Arbeit insbesondere zu Beginn der Pandemie somit einem überwiegend nur schwer zu kalkulierenden eigenen gesundheitlichen – physischem wie psychischem – situativen Risiko ausgesetzt.

Die Prämie soll sich grundsätzlich an Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen richten und damit an Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte sowie weiteres in der Pflege am Bett eingesetztes Personal. Abhängig von den jeweiligen Umständen und Gegebenheiten während der SARS-CoV-2-Pandemie werden die Krankenhausträger zudem ausdrücklich dazu aufgefordert, Prämien auch an sonstiges Personal auszuzahlen, das von der SARS-CoV-2-Pandemie besonders betroffen war. Dies können zum Beispiel Beschäftigte in der Notaufnahme oder Reinigungskräfte sein. Vom Krankenhausträger für den Prämienbezug ausgewählte Beschäftigte, die im Bemessungszeitraum in Teilzeit gearbeitet haben, sind mit anteiliger Anrechnung zu begünstigen. Die Möglichkeit der Zahlung von Prämien durch die Krankenhausträger an die Beschäftigten in Form von Zuschüssen bestand schon bisher. Eine Erhöhung des nach dieser Vorschrift auszuzahlenden Prämienvolumens durch die Krankenhausträger, um den Beschäftigten eine möglichst weitgehende Ausschöpfung des steuer- und sozialversicherungsabgabenfreien Prämienbetrags zu ermöglichen, ist möglich. Auch eine von dieser Vorschrift unabhängige zusätzliche Prämienzahlung durch die Krankenhausträger bleibt möglich.

Zu Absatz 3

Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden 93 Millionen Euro und zusätzlich von den privaten Krankenversicherungsunternehmen insgesamt 7 Millionen Euro zur Finanzierung der Prämien zur Verfügung gestellt. Der auf die privaten Krankenversicherungsunternehmen entfallende Betrag entspricht sieben Prozent des für die Finanzierung der Prämien notwendigen Mittelbedarfs. Mit der Vorschrift wird eine rechtliche Grundlage geschaffen, die eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungen im Rahmen der stationären Heilbehandlung privat Krankenversicherter auch für Zusatzzahlungen auf bereits durchgeführte Krankenhausbehandlungen ermöglicht. Der Verband der Privaten Krankenversicherung bestimmt das Verfahren zur Vereinnahmung der Mittel von den privaten Krankenversicherungsunternehmen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und der Verband der Privaten Krankenversicherung zahlen die Mittel an den GKV-Spitzenverband aus, der die Mittel an

schließlich in der Höhe der nach Absatz 1 Satz 5 veröffentlichten Beträge auf die anspruchsberechtigten Krankenhäuser verteilt. Das Verfahren trägt insbesondere dem Ziel Rechnung, die Auszahlung an die begünstigten Beschäftigten bis zum Jahresende 2020 zu realisieren.

Zu Absatz 4

Die Regelung in Absatz 4 dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Verteilung der an die einzelnen Krankenhäuser gezahlten Mittel herzustellen. Dies ist erforderlich, um die korrekte Umsetzung der Regelungen zu prüfen. Aus diesem Grund ist vom GKV-Spitzenverband eine krankenhausbezogene Aufstellung der durch das BAS und den Verband der Privaten Krankenversicherung ausgereichten Mittel dem Bundesministerium für Gesundheit nach Abschluss des Verfahrens vorzulegen. Diese Übersicht stellt der GKV-Spitzenverband auch dem BAS und dem Verband der Privaten Krankenversicherung als Verwendungsnachweis zur Verfügung. Eine zeitnahe Übermittlung wird durch die gesetzte Frist bis Ende März 2021 gewährleistet.

Zu Absatz 5

Die Krankenhäuser haben die Prämien zusätzlich zum geschuldeten Arbeitslohn an ihre Beschäftigten bis zum 31. Dezember 2020 auszuzahlen, da bis zu diesem Zeitpunkt nach § 3 Nummer 11 a des Einkommenssteuergesetzes aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie für Zuschüsse des Arbeitgebers zusätzlich zum Arbeitslohn die Steuerfreiheit bis zu einer Höhe von 1 500 Euro gilt. Um zu gewährleisten, dass die an die Krankenhäuser ausgeschütteten Prämiensummen an die Beschäftigten ausgezahlt werden, ist die zweckentsprechende Mittelverwendung durch den Jahresabschlussprüfer zu bestätigen. Werden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet oder die Nachweise nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, sind die jeweiligen Mittel an den GKV-Spitzenverband zurückzuzahlen, der 93 Prozent dieser Mittel wiederum über das BAS an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und sieben Prozent der Mittel über den Verband der Privaten Krankenversicherung an die privaten Krankenversicherungsunternehmen zurückführt.

Durch die Regelung ergeben sich für die Verwaltung und die Wirtschaft zusätzliche Belastungen.

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Krankenhäusern entstehen Kosten für die Ermittlung der besonders belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die von einer Prämie profitieren sollen. Hierfür sind durchschnittlich vier Stunden je Krankenhaus bei einem Kostensatz von 64 Euro je Stunde zu veranschlagen. Eine Durchschnittsbetrachtung ist angezeigt, da die Voraussetzungen zur Feststellung von belasteten Mitarbeitern in den Kliniken und der damit verbundene Aufwand sehr unterschiedlich sein dürften. Bei 700 Krankenhäusern ergibt dies eine Kostenbelastung von rund 180.000 Euro. Der privaten Krankenversicherung entstehen nicht bezifferbare Kosten für die Identifizierung der Unternehmen, Berechnung der Prämienanteile je Unternehmen und Weiterleitung der gesamten Prämiensumme an das BAS.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Dem GKV-Spitzenverband entstehen Kosten für die Entgegennahme und Weiterleitung der Prämienbeträge an die prämiensberechtigten Krankenhäuser in Höhe von rund 2 000 Euro (zwei Mitarbeiter, jeweils zwei Tage bei einem Kostensatz von 64 Euro je Stunde). Dem BAS entstehen geringe, nicht bezifferbare Kosten für die einmalige Auszahlung der Prämiensumme in Höhe von 100 Millionen Euro an den GKV-Spitzenverband.

Dem InEK entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Ermittlung der für die Prämienzahlungen anspruchsberechtigten Krankenhäuser und des ihnen jeweils zustehenden Prämienvolumens. Die dafür zugrunde zu legenden Daten liegen dem InEK bereits vor und wurden im Rahmen der Routineaufgaben und der Aufgaben, die sich für das InEK aus dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) ergeben, bereits plausibilisiert. Für die erforderliche Ermittlung der anspruchsberechtigten Krankenhäuser und die Berechnung des jeweils zustehenden Prämienvolumens sowie für die Veröffentlichung der Ergebnisse auf der Internetseite des InEK benötigen zwei Beschäftigte jeweils acht Stunden, so dass ein Erfüllungsaufwand von etwa 1 000 Euro entsteht.

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Zu Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Zu Nummer 9

Zu § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1

Die Regelung sieht eine Konkretisierung dahingehend vor, dass nur die Krankenhäuser gefördert werden, die die Mindestanforderungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen, weil diese Krankenhäuser auf Grund ihrer Vorhaltung für Notfallbehandlungen maßgeblich zu einer qualitätsgesicherten stationären Notfallversorgung beitragen. Diese Mindestanforderungen umfassen unter anderem, dass das Krankenhaus eine Zentrale Notaufnahme vorhalten muss, in der der ganz überwiegende Teil der Notfallpatientinnen und -patienten aufgenommen wird, der Zugang zur Notaufnahme grundsätzlich barrierefrei ist und ein standardisiertes und validiertes Ersteinschätzungs-instrument zur Feststellung der Behandlungsdringlichkeit implementiert sein muss.

Zu § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9

Es sollen auch roboterassistierte Behandlungs- und Operationssysteme gefördert werden, die die behandelnde Ärztin und den behandelnden Arzt bzw. Operateur bei dem Eingriff, beispielsweise bei laparoskopischen oder anderen minimalinvasiv chirurgischen Eingriffen, unterstützen und somit zur Patientensicherheit betragen.

Zu § 20

In einem angemessenen Verhältnis zum Fördervolumen sollen auch Kosten für die Beratung beziehungsweise Konzepterstellung für Kliniken in Bezug auf die Digitalisierung und IT-Sicherheit beispielsweise über Beraterfirmen berücksichtigt werden können. Dies soll insbesondere kleinen Kliniken helfen, ihren Digitalisierungsgrad zu erhöhen. Die Beratung darf lediglich bezogen auf die Planung und Umsetzung eines konkreten Fördervorhabens nach § 19 in Anspruch genommen werden, nicht jedoch als allgemeine Beratung im Sinne einer umfassenden Digitalisierungsstrategie losgelöst von konkreten förderfähigen Vorhaben.

Zu § 21

Bislang sah § 21 Absatz 5 KHSFV vor, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bis zum 15. November 2020 eine Schulung entwickelt und ab dem 1. Dezember 2020 nach erfolgreichem Abschluss des Schulungsprogramms Berechtigungen an IT-Dienstleister erteilt. An der Einhaltung dieser knappen Frist kamen berechtigte Bedenken auf. Da auch die Förderrichtlinie nach § 21 Absatz 2 bis zum 30. November 2020 vom BAS zu erlassen ist, soll dem BAS ein weiterer Monat Zeit gegeben werden, um die Inhalte der Förderrichtlinie medial aufzubereiten und in ein Schulungsprogramm zu überführen. Dementsprechend wird die Frist auf den 31. Dezember 2020/1. Januar 2021 verschoben.

Eine nennenswerte Verzögerung des Zuteilungsverfahrens von Fördermitteln ist nicht zu erwarten, da mit einer Antragstellung vor der Veröffentlichung der Förderrichtlinie nicht zu rechnen ist und in § 22 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz – neu – eine Nachreichung der Berechtigung im Antragsverfahren ermöglicht wird.

Zu § 22

Bislang zählte der Nachweis der Berechtigung der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des zu beauftragenden IT-Dienstleisters, die oder der die Bestätigung ausstellt, nicht zu den beizufügenden Unterlagen. Der Nachweis ist für das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) indes erforderlich, um die Berechtigung der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters, die oder der die Bestätigung ausstellt, zu überprüfen. Daher wird der Nachweis der Berechtigung zur Ausstellung einer Bestätigung im Sinne des Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, 6 oder 8 in Absatz 2 Satz 2 erster Halbsatz aufgenommen.

Die Ausnahmeregelung zu den beizufügenden Unterlagen bei Antragstellung in Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz ist erforderlich, um die Krankenhausträger und Länder, die bereits zu einem frühen Zeitpunkt nach dem Inkrafttreten des Gesetzes und vor dem 1. Januar 2021 – zu welchem das Schulungsprogramm für die IT-Betreiber bereitsteht – einen Antrag stellen wollen, nicht zu benachteiligen. Zudem soll das BAS mit dem restlichen Prüfprogramm bereits beginnen können, sodass es zu einer finalen Entscheidung über den Antrag nur noch des Nachweises über die Berechtigung bedarf, das Prüf- und Zuteilungsverfahren also nicht verzögert wird.

Stellt ein Land bereits vor dem 1. Januar 2021 einen Antrag auf Zuweisung von Fördermitteln zu einem Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6, 8 oder 10, reicht es den Nachweis über die Berechtigungserteilung, sobald das Schulungsprogramm bereitgestellt wird, unverzüglich nach (Richtwert: innerhalb eines Monats nach Bereitstellung des Schulungsprogramms). Ein Antrag, dem allein der Nachweis der Berechtigung der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des beauftragten IT-Dienstleisters fehlt, soll vor dem 31. März 2021 nicht abgelehnt werden.

Zu Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 114

Durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) wurden die Qualitätsprüfungen (Regelprüfungen) nach § 114 SGB XI durch den neu eingefügten § 151 bis zum 30. September 2020 ausgesetzt, um das Risiko von Infektionen für die Pflegebedürftigen zu reduzieren und die Pflegeeinrichtungen zu entlasten. Im Ergebnis wurden seit März 2020 keine Regelprüfungen mehr durchgeführt. Ab dem 1. Oktober 2020 sind Regelprüfungen bundesweit durch die Medizinischen Dienste (MDK) sowie den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. unter Beachtung strenger Hygieneregeln wieder durchzuführen. Planung und Durchführung der Qualitätsprüfungen stellen vor dem Hintergrund der andauernden COVID-19-Pandemie jedoch für Prüfdienste und Einrichtungen weiterhin eine besondere Herausforderung dar. Eine Durchführung der Regelprüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen innerhalb eines Jahres – wie in § 114 Absatz 2 Satz 1 bestimmt – erscheint daher nicht realistisch durchführbar. Um eine reibungslose Umsetzung des gesetzlichen Prüfauftrags unter den herrschenden Bedingungen, das heißt unter Wahrung der notwendigen Maßnahmen des Infektionsschutzes für alle Beteiligten (Pflegebedürftige, Mitarbeiter der Einrichtungen und Mitarbeiter der Prüfdienste) zu gewährleisten, wird der Prüfzeitraum, in dem jede Pflegeeinrichtung einmal zu prüfen ist, daher einmalig vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 auf insgesamt 15 Monate verlängert.

Zu § 147

Zu Absatz 1

Mit dem Ziel, das Gesundheitswesen und die Pflege bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie zu unterstützen, wurden mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz verschiedene Regelungen eingeführt, die zum Teil auch bestehende Vorschriften übergangsweise abändern. Zum Schutz pflegebedürftiger Personen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das Coronavirus SARS-CoV-2 können nach § 147 Absatz 1 Satz 1 SGB XI befristet bis einschließlich 30. September 2020 Begutachtungen ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen. Die durch das Coronavirus SARS-CoV-2 bestehende Gefährdungslage hält weiter an. Eine Verlängerung der Möglichkeit einer Begutachtung des Versicherten ohne Hausbesuch zielt auf den Schutz sowohl der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes und ist daher grundsätzlich angezeigt. Allerdings soll von ihr nur dann Gebrauch gemacht werden, wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung zwingend erforderlich ist.

Zu Absatz 1 Satz 1

Zum Schutz pflegebedürftiger Personen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das Coronavirus SARS-CoV-2 können nach § 147 Absatz 1 Satz 1 nunmehr bis einschließlich 31. März 2021 Begutachtungen ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, sofern dies – beispielsweise aufgrund bestimmter Vorerkrankungen beim Versicherten (zum Beispiel Zustand nach Organtransplantation) oder wegen eines bei diesem bestehenden Verdachts einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 – zur Verhinderung des (auch nur geringen) Risikos einer Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zwingend erforderlich ist. In diesen Fällen werden die antragstellende Person und andere zur Auskunft fähige Personen, wie deren Bevollmächtigte und rechtliche Betreuer, Angehörige, Nachbarn, betreuende Pflegekräfte oder Ärztinnen und Ärzte von den Gutachterinnen und Gutachtern zur Person des Antragstellers in strukturierten Interviews telefonisch oder auf digitalem Weg befragt (§ 147 Absatz 1 Satz 2). Anhand der eingeholten Informationen entscheiden die Gutachterinnen und Gutachter über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und empfehlen die Zuordnung zu einem Pflegegrad. Die Feststellung, wann eine Untersuchung im Wohnbereich des Versicherten unterbleibt, treffen der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter aufgrund der entwickelten Maßgaben nach Satz 3.

Zu Absatz 1 Satz 3

Insbesondere um eine bundeseinheitliche Anwendung der Vorschrift zu fördern, haben nach Satz 3 der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch einheitliche Vorgaben festzulegen, unter welchen Schutz- und Hygienemaßnahmen eine persönliche Untersuchung vorzunehmen ist. Ebenfalls sind einheitliche Maßgaben für diejenigen Fallkonstellationen (unter Nennung der betroffenen Personengruppen) zu entwickeln, in denen eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zwingend vorzunehmen ist, entweder um das (auch nur geringe) Risiko einer Ansteckung des Versicherten mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (beispielsweise aufgrund seines Gesundheitszustandes) auszuschließen oder um das Risiko einer Ansteckung des Gutachters mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (z. B. bei einem bestehenden Verdacht einer Infektion der zu begutachtenden Person mit dem Coronavirus SARS-CoV-2) auszuschließen und auf diese Weise einer möglichen Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 vorzubeugen. Die Fallkonstellation, dass ein für eine Begutachtung vorgesehener Gutachter – möglicherweise – infiziert sein könnte, fällt nicht darunter; hier ist auf einen anderen Gutachter zurückzugreifen. Bei der Entwicklung der Vorgaben ist es zielführend, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen den Medizinischen Dienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen (Medicproof) fachlich einbezieht.

Für Fallkonstellationen, in denen eine Untersuchung zu erfolgen hat, ist ein Schutz- und Hygienekonzept zu entwickeln. So sind beispielsweise einzuhaltende Hygienemaßnahmen für die Gutachterinnen und Gutachter selbst (wie das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes bzw. Atemschutzmaske oder auch die Nutzung persönlicher Schutzkleidung (Schutzkittel, Einweghandschuhe) sowie auch für die zu begutachtende Person und deren Wohnbereich (Häuslichkeit oder stationäre Einrichtung) zu hinterlegen (z. B. Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, einzuhalten der Abstand, Begrenzung der Anzahl der Kontaktpersonen bei der Begutachtung). Hinsichtlich des Schutz- und Hygienekonzepts sind auch die Hinweise und Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu berücksichtigen. Das weitere Vorgehen in Fällen, in denen bei den Gutachtern oder der begutachteten Person, bei Kontaktpersonen oder bei Personen in der stationären Einrichtung Symptome vor oder nach der vorgenommenen Begutachtung auftreten, ist ebenfalls zu hinterlegen.

Zu Absatz 2

Um personellen Engpässen bei den Medizinischen Diensten entgegenzuwirken und auch weiterhin freies ärztliches und pflegerisches Personal der Medizinischen Dienste bei dringendem Bedarf zur Unterstützung bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie in Gesundheitsämtern, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder anderen Institutionen einsetzen zu können, werden Wiederholungsbegutachtungen bis zum 31. März 2021 ausgesetzt.

Zu Absatz 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der in Buchstabe a Doppelbuchstabe aa vorgenommenen Verlängerung der Möglichkeit, Begutachtungen ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich vorzunehmen. Die Regelung gilt nunmehr für Anträge, die zwischen dem 1. Oktober 2020 und dem 31. März 2021 gestellt werden.

Zu § 150

Zu den Absätzen 5a, 5c und 6

Gegenüber dem Gesetzentwurf sind diese Regelungen unverändert. Die dazu gegebenen Begründungen gelten fort.

Zu Absatz 5d

Zu den Sätzen 2 und 5

Die bisherige Regelung in Satz 2 führte dazu, dass der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld um die Arbeitstage gekürzt wurde, für die bereits vor dem 23. Mai 2020 (Tag des Inkrafttretens des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBl. I S. 1018)) Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3 in Anspruch genommen worden war. Diese Regelung wird nun aufgehoben. Damit werden die Ansprüche auf Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3 und gemäß § 150 Absatz 5d Satz 1 entkoppelt. Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 150 Absatz 5d Satz 1 steht Beschäftigten somit

in vollem Umfang zu, unabhängig davon, ob sie vor dem 23. Mai 2020 bereits für Arbeitstage Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3 für die Pflege und Betreuung desselben Pflegebedürftigen in Anspruch genommen hatten. Eine Anrechnung von Arbeitstagen und somit eine Kürzung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld findet nicht mehr statt. Gleiches gilt im Hinblick auf einen Anspruch auf Betriebshilfe oder Kostenerstattung für landwirtschaftliche Unternehmer gemäß § 150 Absatz 5d Satz 2 oder 3 neue Fassung im Verhältnis zu dem regulären Anspruch auf Betriebshilfe oder Kostenerstattung gemäß § 44a Absatz 6 Satz 1 oder 3. Damit werden der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 150 Absatz 5d Satz 1 sowie der Anspruch auf Betriebshilfe oder Kostenerstattung gemäß § 150 Absatz 5d Satz 2 oder 3 neue Fassung im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen von dieser bisher geltenden Kürzungsregelung befreit (siehe auch die Begründung zu Artikel 13 Absatz 3 neu).

Zu den Sätzen 1 sowie 3 und 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 2.

Zu § 150b

Mit dem neuen § 150b wird geregelt, dass Arbeitstage, für die Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 150 Absatz 5d Satz 1 in Anspruch genommen worden ist, nicht auf die Arbeitstage angerechnet werden, für die gemäß § 44a Absatz 3 Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen werden kann. Nach Auslaufen der Sonderregelung in § 150 Absatz 5d Satz 1 zum 31. Dezember 2020 können pflegende Angehörige somit den regulären Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage nutzen. Gleiches gilt im Hinblick auf einen Anspruch auf Betriebshilfe oder Kostenerstattung für landwirtschaftliche Unternehmer gemäß § 150 Absatz 5d Satz 2 oder 3 neue Fassung im Verhältnis zu dem regulären Anspruch auf Betriebshilfe oder Kostenerstattung gemäß § 44a Absatz 6 Satz 1 oder 3. Auch mit dieser Regelung sollen die pflegebedürftigen Menschen und ihre pflegenden Angehörigen unterstützt und entlastet werden (siehe auch die Begründung zu Artikel 13 Absatz 4).

Zu Artikel 13 (Inkrafttreten)

Zu den Absätzen 1 und 2

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einfügung eines neuen Absatzes 3.

Zu Absatz 3

§ 150 Absatz 5d Satz 2 und 5 wird rückwirkend zum 23. Mai 2020 aufgehoben. Eine Anrechnung von Arbeitstagen, für die vor diesem Zeitpunkt Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen wurde, findet somit nicht mehr statt (siehe auch die Begründung zu Artikel 5 Nummer 3 Buchstabe c Doppelbuchstaben bb und dd). Die Rückwirkung kommt Pflegepersonen zugute, die sich unentgeltlich haben freistellen lassen, bei einer Nichtanrechnung aber Anspruch auf weitere Arbeitstage mit Pflegeunterstützungsgeld nach § 150 Absatz 5d Satz 1 gehabt hätten. Im Übrigen kommt die Aufhebung denjenigen zugute, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 150 Absatz 5d Satz 1 während des verbleibenden Geltungszeitraums nutzen müssen. Ihnen wird vorher in Anspruch genommenes Pflegeunterstützungsgeld nicht mehr auf den Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 150 Absatz 5d Satz 1 angerechnet. Das Gleiche gilt für Betriebshilfe oder Kostenerstattung nach § 150 Absatz 5d Satz 2 oder 3 neue Fassung.

Zu Absatz 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen Absatzes 3. Zudem gilt der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld, Betriebshilfe oder Kostenerstattung gemäß § 150 Absatz 5d Satz 1, 2 oder Satz 3 neue Fassung bis zum 31. Dezember 2020. Daran anschließend greift die Regelung zur Nichtanrechnung gemäß § 150b (siehe die Begründung zu Artikel 5 Nummer 4).

Berlin, den 16. September 2020

Lothar Riebsamen
Berichterstatter

Dr. Edgar Franke
Berichterstatter

Dr. Robby Schlund
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Harald Weinberg
Berichterstatter

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin

