

02.12.22**G****Gesetzesbeschluss**
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfIEG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 74. Sitzung am 2. Dezember 2022 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichtes des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 20/4708 – den von der Bundesregierung eingebrachten

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

– **Drucksachen 20/3876, 20/4232** –

in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 23.12.22

Erster Durchgang: Drs. 460/22

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

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach dem Wort „stationsäquivalent“ ein Komma und wird das Wort „tagesstationär“ eingefügt.
- b) In Satz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „stationsäquivalente“ die Wörter „oder tagesstationäre“ eingefügt.
- c) In Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus“ eingefügt.
- d) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
„Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“

0a. § 40 Absatz 3 Satz 20 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022, für das Jahr 2022 bis zum 30. September 2023 und für das Jahr 2023 bis zum 30. September 2024 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.“

0b. In § 73 Absatz 11 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „in diesem Fall sind auf die Verordnung die Regelungen der Verträge nach § 125 Absatz 1 anzuwenden“ eingefügt.

0c. § 79 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „besteht der Vorstand aus mehreren Mitgliedern, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ eingefügt.
- b) In Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dem Vorstand müssen mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ eingefügt.

0d. In § 87 Absatz 2a Satz 23 wird die Angabe „1. Oktober 2022“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.

0e. Nach § 92 Absatz 6b wird folgender Absatz 6c eingefügt:

„(6c) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2023 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte

und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierzu Regelungen treffen, die insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot sicherstellen. Er kann den Anwendungsbereich seiner Richtlinie auf die Versorgung von Versicherten erstrecken, bei denen ein Verdacht auf eine andere Erkrankung besteht, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweist.“

1. § 110a Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „erstmals für das Jahr 2023“ eingefügt.
 - b) In Satz 4 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- 1a. Nach § 115d werden die folgenden §§ 115e und 115f eingefügt:

„§ 115e

Tagesstationäre Behandlung

(1) Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. Leistungen nach den §§ 115b, 115f und 121, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungen ambulant erbracht werden können, nach § 116b ambulant erbringbare Leistungen, eintägige Behandlungen ohne Einweisung und Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses können nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden. Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 37 haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen.

(2) Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Fahrkosten nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Krankenfahrten, die nach § 60 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Patientinnen und Patienten hierauf gesondert und in geeigneter Weise hinzuweisen.

(3) Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt mit den auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes abrechenbaren Entgelten für vollstationäre Krankenhausleistungen, die für alle Benutzerinnen und Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind. Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung nicht über Nacht im Krankenhaus versorgt werden, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Bei Erbringung einer tagesstationären Behandlung ist eine Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst nach § 275c während des Krankenhausaufenthalts nicht zulässig. Näheres oder Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum ... [einsetzen: 180. Tag nach Inkrafttreten gemäß Artikel 9 Absatz 1]. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum ... [einsetzen: 30. Tag nach Inkrafttreten gemäß

Artikel 9 Absatz 1 die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass die tägliche Behandlungsdauer dokumentiert wird. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juli 2023 und zum 30. Juli 2024 jeweils einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

§ 115f

Spezielle sektorengleiche Vergütung, Verordnungsermächtigung

(1) Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. März 2023

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und
2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung nach Nummer 1 erfolgt.

Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen. Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen. Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung. Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen.

(2) Als Kriterien bei der Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind insbesondere eine hohe Fallzahl im Krankenhaus, eine kurze Verweildauer und ein geringer klinischer Komplexitätsgrad zu berücksichtigen. Die Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Abstand von jeweils zwei Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, erstmals spätestens bis zum 31. März 2025.

(3) Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder Dritte gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung von nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Leistungen beauftragen. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. § 295 Absatz 1b Satz 1, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 gelten für die jeweiligen in Satz 1 genannten Leistungserbringer entsprechend.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. Zur Vorbereitung einer Regelung nach Satz 1 sind die einzelnen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der nach § 87 Absatz 5a Satz 1 ergänzte Bewertungsausschuss, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut

und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.

(5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten in einem Abstand von jeweils 18 Monaten und legen dem Bundesministerium für Gesundheit, erstmals am 1. April 2024, einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.“

1b. § 124 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nummer 3 wird die Angabe „und § 125a“ gestrichen.
- b) Absatz 4 wird aufgehoben.
- c) Absatz 5 Satz 4 wird aufgehoben.
- d) Absatz 6 wird aufgehoben.

1c. § 125 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 125

Verträge zur Heilmittelversorgung“.

- b) In Absatz 5 Satz 4 wird das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können mit den Trägern von Schulen, Kindertagesstätten oder Angeboten der Eingliederungshilfe, deren Verbänden oder den für die Erbringung der Eingliederungshilfe nach Landesrecht zuständigen Behörden Verträge über die Einzelheiten der Versorgung von Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die von Behinderung bedroht sind, mit Heilmitteln in Schulen, Kindertagesstätten oder Angeboten der Eingliederungshilfe schließen.“

- bb) In Satz 3 wird nach dem Wort „gelten“ das Wort „jeweils“ eingefügt.

1d. § 125a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „sofern sich die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen für ihren Heilmittelbereich gemeinsam zum Abschluss eines solchen Vertrages entschließen“ eingefügt.

- bb) In Satz 6 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Stellungnahmen sind in die Verhandlung der Vereinbarungen einzubeziehen“ eingefügt.

cc) Satz 7 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 1 wird das Wort „alle“ gestrichen.

bb) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, insbesondere für solche Ausweitungen, die weder morbiditätsbedingt sind noch auf dem therapeutischen Fortschritt oder Veränderungen

des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie“.

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 erhobenen und der nach Absatz 5 veröffentlichten Daten übermitteln die Vertragspartner nach Absatz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit vier Jahre nach Abschluss der Verträge nach Absatz 1 einen Bericht, in dem insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, die Mengenentwicklung, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität darzulegen sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre nach Abschluss der Verträge einen Zwischenbericht.“

1e. § 125b wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter „Bundesweit geltende Preise,“ gestrichen.
- b) Die Absätze 1, 2 und 3 werden aufgehoben.

1f. Nach § 127 Absatz 1a Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsperson fort.“

1g. § 130a Absatz 3a wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht für die Neueinführung eines Immunglobulins menschlicher Herkunft, für das nach dem 31. Dezember 2018 eine Zulassung nach § 25 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes oder eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach Artikel 3 Absatz 1 oder Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 erteilt wurde, mit Ausnahme der Zulassung von anderen Stärken oder Ausbietungen“ eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2023 einen Bericht über die Auswirkungen von Satz 4 zweiter Halbsatz vorzulegen.“

2. In § 137i Absatz 3 Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „diese können sich auf die Prüfung der Frage erstrecken, inwiefern Pflegepersonaluntergrenzen in Notaufnahmen Anwendung finden können“ eingefügt.

3. Nach § 137j wird folgender § 137k eingefügt:

„§ 137k

Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 4 und 5 Folgendes zu ermitteln und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:

1. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Pflegekräfte,
2. den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern und
3. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte.

Sie haben außerdem die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den jeweils zuständigen Landesbehörden und dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 2.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern sowie der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Kindern. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:

1. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, und
2. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.

Der Auftragnehmer kann die Form und das Verfahren der Datenübermittlung festlegen. Weitere nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können sich an der Erprobung beteiligen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2023 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach den Absätzen 4 und 5 zu berücksichtigen.

(3) Das Bundesministerium der Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Oktober 2023 einen Auftragnehmer mit der Entwicklung und modellhaften Erprobung eines Verfahrens zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:

1. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, und
2. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.

Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2024 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Entwicklung und Erprobung vorzulegen. Absatz 2 Satz 4, 5 und 7 gilt entsprechend.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen, erstmals bis zum 30. November 2023, Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern erlassen. In der Rechtsverordnung kann das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere bestimmen

1. zur Ermittlung des täglichen Pflegebedarfs durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den ihnen zugrunde zulegenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient,
2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals,
3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden
 - a) Anzahl der in der jeweiligen Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Ist-Personalbesetzung) und

- b) Anzahl der in der jeweiligen Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Soll-Personalbesetzung),
- 4. zur Übermittlung der von den Krankenhäusern erfassten Daten nach Nummer 3 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,
- 5. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten,
- 6. zur Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und
- 7. zur Übermittlung nach Absatz 1 Satz 4.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, aufgrund der in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 vorgesehenen Datenerfassung zur Festlegung des konkreten erforderlichen Erfüllungsgrads der Soll-Personalbesetzung in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 mit Zustimmung des Bundesrates und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen Regelungen zu treffen

- 1. zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung durch das Krankenhaus,
- 2. zum Nachweis der Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und
- 3. zu Vergütungsabschlägen, wenn ein Krankenhaus es unterlässt,
 - a) die Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung anzupassen oder
 - b) die Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung nachzuweisen.

(6) Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 bleiben unberührt.

(7) Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung der Aufgaben nach dieser Vorschrift sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.“

3a. Der bisherige § 137k wird § 137l und wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Vorgaben zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus nach § 137k Absatz 4 sicher, insbesondere im Hinblick auf die bedarfsgerechte personelle Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage seiner jeweiligen nach § 137k Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 bestimmten beruflichen Qualifikationen sowie im Hinblick auf die standardisierte und digitale Anwendung der Vorgaben nach § 137k Absatz 4. Zudem legen sie Vorschläge zur Personalbemessung in der Pflege in Notaufnahmen vor. Die Vertragsparteien nach Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse der wissenschaftlichen Weiterentwicklung nach den Sätzen 1 und 2 bis zum 31. Dezember 2024 vor.“

bb) In Satz 4 werden die Wörter „Wissenschaftlichkeit des Verfahrens“ durch die Wörter „Wissenschaftlichkeit der Weiterentwicklung“ ersetzt und werden die Wörter „mit der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens“ gestrichen.

- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „15. Dezember 2021“ durch die Angabe „31. März 2023“ ersetzt und werden die Wörter „für die Entwicklung und Erprobung des Verfahrens nach Absatz 1 Satz 1 bis 3“ gestrichen.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „30. September 2023“ ersetzt.
 - d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Entwicklung oder Erprobung“ durch das Wort „Weiterentwicklung“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „15. Dezember 2021“ durch die Angabe „31. März 2023“ und die Angabe „31. August 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2023“ ersetzt.
4. § 139e wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 10 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „1. Juni 2022“ durch die Angabe „1. Juni 2024“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.
 - b) In Absatz 11 Satz 2 wird die Angabe „1. April 2023“ durch die Angabe „1. August 2024“ ersetzt.
5. § 142 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 142

Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege“.

- b) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Gesundheitswesen“ die Wörter „und in der Pflege“ eingefügt.
 - c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „einschließlich der Pflege“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 wird das Wort „Sondergutachten“ durch die Wörter „kurzfristigen Stellungnahmen“ ersetzt.
 - d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Sachverständigenrat erstellt seine Gutachten in der Regel im Abstand von zwölf Monaten und leitet sie dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar nach Fertigstellung zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt jedes Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.“
6. In § 217f Absatz 4b Satz 4 wird die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Oktober 2023“ ersetzt.
- 6a. Dem § 271 Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:
- „Aus der Liquiditätsreserve werden im Jahr 2023 378 Millionen Euro entnommen; bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 7 Satz 3 für das Ausgleichsjahr 2022 ist das sich nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ergebende Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr um diesen Betrag zu erhöhen. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2024 378 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“
7. § 275c wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 6 werden nach dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „ab dem Jahr 2022“ eingefügt.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Geltendmachung des Aufschlags erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung; das Nähere vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft.“

c) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und“ gestrichen.

8. § 275d wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Krankenhäuser können Leistungen abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zum 30. Juni eines Jahres, abrechnen, wenn

1. sie bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses angezeigt haben, dass sie die Strukturmerkmale des Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. der der Leistung zugrunde liegende Code des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 in dem Jahr erstmals vergütungsrelevant wurde.

Krankenhäuser können ab dem 30. Juni 2023 Leistungen abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zu sechs Monate nach der Anzeige nach Nummer 1, abrechnen, wenn sie

1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses angezeigt haben, dass sie die Strukturmerkmale des Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. in den letzten zwölf Monaten vor der Anzeige nach Nummer 1 noch keine Anzeige nach Nummer 1 für Leistungen nach diesem Code vorgenommen haben.“

b) Dem Wortlaut des Absatzes 2 wird folgender Satz vorangestellt:

„Die Strukturprüfung wird durch einen Bescheid abgeschlossen.“

c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Krankenhäusern, denen nach Abschluss der Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach Absatz 1a beantragt haben, keine Bescheinigung nach Absatz 2 erteilt wurde, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „diese Krankenhäuser“ die Wörter „im Jahr 2022“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 1 können Krankenhäuser im Jahr 2022 bis zum Abschluss der Strukturprüfung erbrachte Leistungen vereinbaren und abrechnen, wenn sie die Strukturprüfung für Leistungen nach dem Code 8-01a des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 bis zum 30. Juni 2022 beantragt haben.“

9. § 283 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Vorstand beschließt die Richtlinien im Benehmen mit dem Verwaltungsrat.“

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Der Vorstand beschließt die Richtlinien im Benehmen mit dem Verwaltungsrat.“

10. Dem § 290 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Krankenversichertennummer eines Versicherten darf im Rahmen der Telematikinfrastruktur von Anbietern und Nutzern von Anwendungen und Diensten im Sinne von § 306 Absatz 4 Satz 1 und 2 zur eindeutigen Identifikation des Versicherten verwendet werden, soweit dies für die eindeutige Zuordnung von Daten und Diensten bei der Nutzung dieser Anwendungen und Dienste erforderlich ist.“

11. § 291 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nummer 3 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ und die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet,

1. Versicherten auf deren Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen,
2. Versicherten, die eine elektronische Patientenakte beantragen, gleichzeitig eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle und eine persönliche Identifikationsnummer (PIN) zur Verfügung zu stellen, soweit dies noch nicht erfolgt ist,
3. Versicherten, die bis zum 31. Dezember 2022 eine elektronische Patientenakte beantragt haben, bis spätestens zum 30. Juni 2023 eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle und eine PIN zur Verfügung zu stellen, soweit dies noch nicht erfolgt ist, und
4. Versicherten ab dem 1. November 2023 als Verfahren zur nachträglichen, sicheren Identifikation nach § 336 Absatz 5 Nummer 3 und zur sicheren Identifikation nach § 336 Absatz 6 auch die Nutzung eines elektronischen Identitätsnachweises nach § 18 des Personalausweisgesetzes, nach § 12 des eID-Karte-Gesetzes oder nach § 78 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes anzubieten.“

c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Bei der Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten mit einer kontaktlosen Schnittstelle nach Absatz 3 informieren die Krankenkassen Versicherte barrierefrei über

1. die Möglichkeit und das Verfahren, eine zugehörige persönliche Identifikationsnummer (PIN) beantragen zu können und
2. die Nutzungsmöglichkeiten solcher Karten für Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 4, 6 und 7.

Die Krankenkassen informieren nach Satz 1 auch die Versicherten, denen eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle ohne diese Informationen zur Verfügung gestellt wurde. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit halbjährlich beginnend ab dem 1. Januar 2023 über die jeweilige Anzahl der von den einzelnen Kassen an die Versicherten ausgegebenen elektronischen Gesundheitskarten mit einer kontaktlosen Schnittstelle und die jeweilige Anzahl der an die Versicherten versendeten PINs.“

d) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Oktober 2023“ ersetzt und werden die Wörter „§ 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 10“ durch die Wörter „§ 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5, 9 und 11“ ersetzt.

e) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.

cc) Nach Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Abweichend von Satz 6 kann der Versicherte nach umfassender Information durch die Krankenkasse über die Besonderheiten des Verfahrens in die Nutzung einer digitalen Identität einwilligen, die einem anderen angemessenen Sicherheitsniveau entspricht. Die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität dieses Nutzungsweges der digitalen Identität werden von der Gesellschaft für Telematik festgelegt. Die Festlegung erfolgt hinsichtlich der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.“

dd) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „1. Juli 2022“ durch die Angabe „1. Juli 2023“ ersetzt.

12. In § 291a Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.
13. § 291b wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ und die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 wird jeweils die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.
 - c) In Absatz 7 werden die Wörter „und Absatz 8“ durch ein Komma und die Wörter „Absatz 8 und § 291a Absatz 4 Satz 2“ ersetzt.
14. In § 304 Absatz 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Punkt die Wörter „sowie Arbeitsunfähigkeitsdaten, die der bisher zuständigen Krankenkasse für Zeiten nach dem Ende der Versicherung übermittelt werden, der neuen Krankenkasse zu übermitteln“ eingefügt.
15. § 311 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 10 wird die Angabe „§ 360 Absatz 5“ durch die Angabe „§ 360 Absatz 10“ ersetzt.
 - b) In Nummer 11 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - c) In Nummer 12 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
 - d) Folgende Nummer 13 wird angefügt:

„13. Planung, Durchführung und Unterstützung der Erprobungs- und Einführungsphasen von Anwendungen.“
16. § 312 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 wird die Angabe „30. Juni 2021“ durch die Angabe „30. September 2023“ ersetzt.
 - b) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Arzneimittel,“ die Wörter „soweit technisch möglich“ eingefügt.
 - c) In Nummer 5 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.
 - d) In Nummer 8 wird die Angabe „1. April 2022“ durch die Angabe „1. April 2023“ ersetzt.
17. Nach § 332 werden die folgenden §§ 332a und 332b eingefügt:

„§ 332a

Unzulässige Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung, die pflegerische Versorgung, für Krankenhäuser und Apotheken sowie für Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung, die pflegerische Versorgung sowie für Krankenhäuser, Apotheken, Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen stellen die diskriminierungsfreie Einbindung

aller Komponenten und Dienste sicher, die von der Gesellschaft für Telematik nach § 325 Absatz 2 und 3 zugelassen sind und die zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten bei der Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur erforderlich sind, soweit Schnittstellen vorgegeben oder festgelegt sind. Eine Beschränkung der Einbindung auf bestimmte Hersteller und Anbieter ist unzulässig.

(2) Die Einbindung der Komponenten und Dienste nach Absatz 1 erfolgt ohne zusätzliche Kosten für die Nutzer der informationstechnischen Systeme. Direkte oder indirekte Kosten im Zusammenhang mit der Wahl eines Herstellers oder Anbieters sind unzulässig.

(3) Die Verpflichtungen aus Absatz 1 sind spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages ein Jahr nach Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes] umzusetzen.

§ 332b

Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können für die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer Rahmenvereinbarungen mit den Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung zu Leistungspflichten, Vertragsstrafen, Preisen, Laufzeiten und Kündigungsfristen abschließen.“

18. In § 334 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.

19. § 336 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die für ein geeignetes technisches Verfahren nach Satz 1 erforderliche Identifizierung der Versicherten kann auch in einer Apotheke durchgeführt werden.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

c) „Die für ein geeignetes technisches Verfahren nach Satz 1 erforderliche Identifizierung der Versicherten kann auch in einer Apotheke durchgeführt werden.“

d) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Die Gesellschaft für Telematik legt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit die erforderlichen technischen Vorgaben für die Identifizierung der Versicherten nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 fest. Die Gesellschaft für Telematik kann den Apotheken Dienste zur Durchführung der Identifizierung der Versicherten zur Verfügung stellen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu der Durchführung der Identifizierung der Versicherten sowie der Vergütung und Abrechnung der Apotheken für die Durchführung der Identifizierung der Versicherten.“

20. § 340 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „30. Juni 2023“ ersetzt.

bb) In Absatz 7 wird die Angabe „1. Januar 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.

21. In § 341 Absatz 2 Nummer 10 wird nach der Angabe „39c“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „des Siebten Buches und“ die Wörter „der Pflege“ eingefügt.

22. § 342 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. zusätzlich spätestens sechs Monate, nachdem das dafür bestimmte Register zur Verfügung steht, die Versicherten mittels der Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts und unter

Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte oder einer digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 die Abgabe, Änderung sowie den Widerruf einer elektronischen Erklärung zur Organ- und Gewebespende in dem Register vornehmen können, und“.

bb) Nummer 4 wird wie folgt geändert:

- aaa) In Buchstabe a wird die Angabe „10,“ gestrichen.
- bbb) Buchstabe b wird aufgehoben.
- ccc) Buchstabe c wird Buchstabe b.
- ddd) Buchstabe d wird aufgehoben.
- eee) Buchstabe e wird Buchstabe c.

cc) Nach Nummer 4 werden die folgenden Nummern 5 bis 7 eingefügt:

- „5. zusätzlich spätestens ab dem 1. Januar 2024 die Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 10 zur Verfügung gestellt werden können,
- 6. zusätzlich spätestens ab dem 1. Juli 2024 die Versicherten oder durch sie befugte Vertreter die Daten, die in der elektronischen Patientenakte gespeichert sind, nach § 363 zu Forschungszwecken zur Verfügung stellen können,
- 7. zusätzlich spätestens ab dem 1. August 2024 die Versicherten den Sofortnachrichtendienst mit Leistungserbringern und mit Krankenkassen als sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 über die Benutzeroberfläche nach Nummer 1 Buchstabe b nutzen können und“.

dd) Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 8 und die Angabe „1. Juli 2023“ wird durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.

b) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.

23. § 355 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aaa) In dem Satzteil vor der Aufzählung werden nach den Wörtern „Nummer 7 notwendigen Festlegungen“ die Wörter „und Vorgaben für deren Einsatz und Verwendung“ eingefügt.
- bbb) In Nummer 8 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.
- ccc) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
- ddd) Folgende Nummer 10 wird angefügt:
„10. der Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Für die Anpassung der informationstechnischen Systeme an die Festlegungen nach diesem Absatz stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Herstellern informationstechnischer Systeme und Krankenkassen Darstellungen zur Visualisierung der Informationsobjekte zur Verfügung.“

b) In Absatz 2 werden nach den Wörtern „Benehmens nach Absatz 1“ die Wörter „sowie zur vorherigen Herstellung des Benehmens der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 zu Beteiligten bei der Planung von Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die semantische und syntaktische Interoperabilität“ eingefügt.

c) In Absatz 2a Satz 2 werden die Wörter „zum Ende jedes Kalenderhalbjahres“ durch das Wort „fortlaufend“ ersetzt.

d) In Absatz 2c Satz 1 wird die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2023“ ersetzt.

- e) In Absatz 8 Satz 1 werden nach den Wörtern „Gesellschaft für Telematik“ die Wörter „kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung zusätzlich zu den Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 mit der Festlegung von ihr vorgegebener Informationsobjekte beauftragen und“ eingefügt und wird das Wort „Aufgabe“ durch das Wort „Aufgaben“ ersetzt.
- f) Absatz 11 wird wie folgt gefasst:
- „(11) Die Kosten, die im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 8 Satz 1 unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entstehen, sind durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterrichtet die Gesellschaft für Telematik bis zum 1. September eines jeden Jahres über die voraussichtlich entstehenden Kosten im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 8 Satz 1 des Folgejahres. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt der Gesellschaft für Telematik die für die Rechnungsprüfung notwendigen Unterlagen zur Verfügung. Die Gesellschaft für Telematik legt die weiteren Einzelheiten der Kostenerstattung einvernehmlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fest. Beauftragt die Gesellschaft für Telematik die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach Absatz 8 Satz 2 mit der Erstellung von Festlegungen nach den Absätzen 1 und 8, gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.“
24. § 356 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.
- b) In Satz 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.
25. § 357 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Nummer 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „mit einem Zugriff, der das Auslesen, die Speicherung und die Verwendung von Daten ermöglicht, soweit dies für die Versorgung des Versicherten erforderlich ist“ eingefügt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.
26. § 358 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.
- b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.
- c) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.
- d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.
27. § 360 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Juli 2025“ ersetzt.
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „Die Verpflichtung nach Satz 1 gilt nicht für Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die aufgrund gesetzlicher Regelungen einer bestimmten Apotheke oder einer gemäß § 47 Absatz 1 Nummer 5 des Arzneimittelgesetzes benannten Stelle zugewiesen werden dürfen.“
- b) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Juli 2025“ ersetzt.

- c) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. April 2024“ ersetzt.
 - d) Absatz 10 Satz 2 wird aufgehoben.
 - e) In Absatz 13 Satz 3 werden nach dem Wort „Rechnungsdaten“ die Wörter „zum Zweck der Korrektur fehlerhafter Daten mit zugriffsberechtigten Leistungserbringern und anderen zugriffsberechtigten Personen nach § 361 Absatz 1 und“ eingefügt.
 - f) In Absatz 14 wird das Wort „sowie“ durch die Wörter „und, soweit technisch möglich,“ ersetzt.
28. Nach § 361 wird folgender § 361a eingefügt:

„§ 361a

Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung

(1) Über Schnittstellen in den Diensten nach § 360 Absatz 1 müssen Daten aus elektronischen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an folgende an die Telematikinfrastruktur angeschlossene und mit den Mitteln der Telematikinfrastruktur authentifizierte Berechtigte übermittelt werden können:

1. Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a, sofern die Daten für den bestimmungsgemäßen Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendung durch die jeweiligen Versicherten erforderlich sind und die jeweiligen Versicherten diese digitale Gesundheitsanwendung nutzen,
2. Krankenkassen der jeweiligen Versicherten, soweit dies für individuelle Angebote zur Verbesserung der Versorgung der jeweiligen Versicherten sowie zur Bewilligung von Leistungen vor einer Inanspruchnahme verordneter Leistungen erforderlich ist,
3. Unternehmen der privaten Krankenversicherung der jeweiligen Versicherten, soweit dies für individuelle Angebote zur Verbesserung der Versorgung oder zu Abrechnungszwecken erforderlich ist,
4. Apotheken, sofern die Daten im Rahmen des Apothekenbetriebs zur Unterstützung der Versorgung der Patienten erforderlich sind,
5. Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, die in einem Behandlungsverhältnis mit den jeweiligen Versicherten stehen, soweit dies zur Unterstützung der Behandlung erforderlich ist,
6. Krankenhäuser, die in einem Behandlungsverhältnis mit den jeweiligen Versicherten stehen, soweit dies zur Unterstützung der Behandlung erforderlich ist,
7. Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen, die in einem Behandlungsverhältnis mit dem jeweiligen Versicherten stehen, soweit dies zur Unterstützung der Behandlung erforderlich ist.

Die elektronischen Zugangsdaten, die die Einlösung einer elektronischen Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ermöglichen, dürfen nicht über die Schnittstellen nach Satz 1 übermittelt werden.

(2) Die Übermittlung von Daten aus einer vertragsärztlichen elektronischen Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an einen Berechtigten nach Absatz 1 und die weitere Verarbeitung durch diesen Berechtigten bedarf der Einwilligung des Versicherten.

(3) Die Daten nach Absatz 1 dürfen von den dort genannten Berechtigten nur zu den dort genannten Zwecken verarbeitet werden. Diese Verarbeitung darf die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Gewährleistung von Datensicherheit und Datenschutz sowie die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der vertragsärztlichen elektronischen Verordnung nicht beeinträchtigen. Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit die durch die Berechtigten nach Absatz 1 zu erfüllenden Vorgaben bezüglich Datensicherheit und Datenschutz.

(4) Unmittelbar nach einer Übermittlung von Daten nach Absatz 1 wird den jeweiligen Versicherten eine umfassende Dokumentation der Datenübermittlung barrierefrei zur Verfügung gestellt.

(5) Die Gesellschaft für Telematik betreibt die Schnittstelle nach Absatz 1 und stellt sie den dort genannten Berechtigten diskriminierungsfrei und kostenfrei zur Verfügung. Zu diesem Zweck stellt sie die erforderlichen Informationen zur technischen Beschaffenheit der Schnittstelle sowie über die Möglichkeit zu deren Nutzung auf ihrer Internetseite allgemein zugänglich bereit.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats Folgendes zu regeln:

1. die Fristen, zu denen die Schnittstellen nach Absatz 1 bereitgestellt werden müssen,
2. welche Daten nach den Absätzen 1 bis 3 zu welchen Verarbeitungszwecken übermittelt werden dürfen,
3. zu welchen Zwecken welche Daten von den Empfangsberechtigten nach Absatz 1 verarbeitet werden dürfen,
4. die Informationen, die den Versicherten barrierefrei zur Verfügung zu stellen sind,
5. die Anforderungen an die Abgabe, die Änderung und den Widerruf der Einwilligungserklärung nach Absatz 2 Satz 1 einschließlich der Möglichkeit, die Einwilligung auf bestimmte Zeiträume, bestimmte elektronische Verordnungen oder bestimmte Datenfelder der elektronischen Verordnung zu beschränken,
6. die technischen Einzelheiten der Datenübermittlung und
7. die Dokumentation der Datenübermittlung nach Absatz 4.“

28a. § 374a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 wird die Angabe „1. Juli 2024“ jeweils durch die Angabe „1. Juli 2025“ ersetzt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Oktober 2023 im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die erforderlichen technischen Festlegungen für die Übermittlung von Daten nach Absatz 1 Satz 1, insbesondere zur sicheren gegenseitigen Identifizierung der Produkte bei der Datenübertragung, zu treffen. Die Gesellschaft für Telematik darf technische Dienste zur sicheren gegenseitigen Identifizierung der Produkte nach Maßgabe der technischen Festlegungen nach Satz 1 betreiben.“

28b. § 376 wird wie folgt gefasst:

„§ 376

Finanzierung

Nach den §§ 377 bis 382 werden den Leistungserbringern folgende Kosten erstattet:

1. die Kosten der aufgrund von Anforderungen nach diesem Gesetz erforderlichen Ausstattung, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur entstehen, und
2. die erforderlichen Betriebskosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen.“

28c. In § 377 Absatz 1 wird nach der Angabe „§ 376“ die Angabe „Satz 1“ gestrichen.

28d. Die §§ 378 und 379 werden wie folgt gefasst:

„§ 378

Finanzierung der den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten

(1) Zum Ausgleich der in § 376 genannten Kosten der Ausstattung und Betriebskosten erhalten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ab dem 1. Juli 2023 eine monatliche Pauschale (TI-Pauschale) von den Krankenkassen.

(2) Das Nähere zur Höhe und zu den der Berechnung zugrunde zu legenden Komponenten und Diensten sowie zur Abrechnung der TI-Pauschale vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bis zum 30. April 2023 in den Bundesmantelverträgen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig bis zum 30. April 2023 zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit den Vereinbarungsinhalt innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist fest.

(3) In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 ist auch das Nähere zum Umfang und Nachweis der Ausstattung mit den aufgrund der Anforderungen nach diesem Gesetz erforderlichen Komponenten und Diensten zu regeln. Ebenso ist zu vereinbaren, welche Komponenten und Dienste nach Satz 1 zum jeweiligen Monat, für den die TI-Pauschale gezahlt wird, vorhanden sein müssen.

(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 legen in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 auch die Einzelheiten hinsichtlich des Übergangs zu der erstmaligen Anwendung der TI-Pauschale fest.

(5) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren im Abstand von jeweils zwei Jahren, erstmals zum ... [einsetzen: 2 Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 9 Absatz 1] Anpassungen der Höhe der TI-Pauschale, sofern diese erforderlich sind. Wird eine Änderung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist vereinbart, gilt die jeweils bestehende Vereinbarung zur Höhe der TI-Pauschale bis zur Vereinbarung einer Änderung nach Satz 1 fort.

§ 379

Finanzierung der den Apotheken entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten

(1) Zum Ausgleich der in § 376 genannten Kosten der Ausstattung und Betriebskosten erhalten Apotheken ab dem 1. Juli 2023 eine monatliche Pauschale (TI-Pauschale) von den Krankenkassen.

(2) Das Nähere zur Höhe und zu den der Berechnung zugrunde zu legenden Komponenten und Diensten sowie zur Abrechnung der TI-Pauschale vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30. April 2023. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig bis zum 30. April 2023 zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit den Vereinbarungsinhalt innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist fest. § 378 Absatz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

28e. In § 380 Absatz 1 und 2 wird nach der Angabe „§ 376“ jeweils die Angabe „Satz 1“ gestrichen.

28f. § 381 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „§ 376“ die Angabe „Satz 1“ gestrichen.

c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Rehabilitationseinrichtungen, die ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erbringen, kann ein von Satz 2 abweichendes Verfahren vereinbart werden.“

28g. Dem § 385 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Gesellschaft für Telematik betreibt das Interoperabilitätsverzeichnis ab dem 1. Februar 2023 über die Wissensplattform nach § 7 Absatz 1 der IOP-Governance-Verordnung.“

29. In § 394a Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie Regelungen zu treffen für die Erhebung von Gebühren und Auslagen für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen, die durch die Koordinierungsstelle oder das Expertengremium erbracht werden“ eingefügt.

30. § 397 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Der Nummer 1 wird folgende Nummer 1 vorangestellt:

„1. entgegen § 332a Absatz 1 Satz 2 die dort genannte Einbindung beschränkt,“

b) Die bisherigen Nummern 1 bis 3 werden die Nummern 2 bis 4.

31. Dem § 418 wird folgender Satz angefügt:

„In der Vereinbarung nach § 130a Absatz 3c Satz 6 kann von § 130a Absatz 3c Satz 7 abgewichen werden, sofern Verträge nach § 130a Absatz 8 eine wirtschaftliche Versorgung sicherstellen.“

32. Folgender § 419 wird angefügt:

„§ 419

Übergangsregelung zur Besetzung der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

§ 79 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz und Satz 2 zweiter Halbsatz findet keine Anwendung auf Vorstände, deren Mitglieder vor dem ... [einsetzen: Datum des auf die 3. Lesung dieses Gesetzes im Deutschen Bundestag folgenden Tages] von der Vertreterversammlung wirksam gewählt wurden.“

Artikel 1a

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 355 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – , das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden die folgenden Absätze 12 und 13 angefügt:

„(12) Die Gesellschaft für Telematik errichtet und betreibt eine Plattform, auf der medizinische Klassifikationen, Terminologien, Nomenklaturen und weitere semantische Standards für das deutsche Gesundheitswesen bereitgestellt und von Nutzern in geeigneter Form abgerufen werden können (Terminologieserver). Der Terminologieserver dient insbesondere der zentralen Bereitstellung sowie der Versionierung.

(13) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte koordiniert die Bereitstellung, Pflege und Fortschreibung der medizinischen Klassifikationen, Terminologien, Nomenklaturen und weiteren semantischen Standards auf dem Terminologieserver und stimmt diese im Rahmen des in Absatz 7 genannten nationalen Kompetenzzentrums für medizinische Terminologien mit den Nutzern des Terminologieservers sowie der Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen nach § 3 Absatz 1 der IOP-Governance-Verordnung ab.“

Artikel 1b

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 355 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1a dieses Gesetzes geändert worden ist, wird folgender Absatz 14 angefügt:

„(14) Bei der Gesellschaft für Telematik unmittelbar für die Erfüllung der in Absatz 12 genannten Aufgabe entstehende Kosten werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte getragen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt die Einzelheiten der Kostenerstattung im Einvernehmen mit der Gesellschaft für Telematik fest.“

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 4 die folgende Angabe zu § 4a eingefügt:
„§ 4a Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen“.
- 0a. Dem § 1 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Die nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten oder nach § 115f Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmten Leistungen werden für alle Benutzer und Benutzerinnen des Krankenhauses einheitlich nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.“
- 0b. Dem § 2 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft veröffentlicht bis zum 31. Dezember 2023 die Höhe von Vergütungen für telekonsiliarärztliche Leistungen, die zwischen Krankenhäusern erbracht werden.“
- 0c. Nach § 3 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:
„1a. ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a.“
1. § 4 wird wie folgt geändert:
 - d) In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Es umfasst“ die Wörter „nicht das Erlösvolumen nach § 4a,“ eingefügt.
 - e) In Absatz 2a Satz 10 werden die Wörter „Satz 9 findet“ durch die Wörter „Satz 8 Nummer 4 und Satz 9 finden“ ersetzt.
 - f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aaaa) In Buchstabe a wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
 - bbbb) In Buchstabe c werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und in Höhe von 30 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2023 bis 2025“ eingefügt.

bbb) Nummer 2 wird durch die folgenden Nummern 2 und 3 ersetzt:

- „2. in den Jahren 2016 bis 2025 begonnene Weiterbildungen zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro, ab dem Jahr 2023 in Höhe von jährlich 40 000 Euro,
3. in den Jahren 2016 bis 2025 begonnene Zusatz-Weiterbildungen Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von einmalig 30 000 Euro,“.

ccc) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.

bb) In Satz 6 werden die Wörter „Buchstabe a und e“ durch die Wörter „und Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b“ ersetzt.

1a. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a

Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

(1) Als Grundlage der Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für die Jahre 2023 und 2024 (Anwendungsjahre) berechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 übermittelten Daten die im Jahr 2019 für die maßgeblichen Fälle nach Satz 3 erbrachte Summe der effektiven Bewertungsrelationen je Krankenhaus. Dabei sind die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Für die Ermittlung eines krankenhausindividuellen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für das jeweilige Anwendungsjahr ist die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit dem für das jeweilige Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert zu multiplizieren; wurde ein Landesbasisfallwert für das jeweilige Anwendungsjahr noch nicht vereinbart oder festgesetzt, ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus das jeweilige krankenhausindividuelle Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, indem es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem Landesbasisfallwert multipliziert, der für das dem jeweiligen Anwendungsjahr vorausgehende Jahr vereinbart oder festgesetzt worden ist und der um den für das jeweilige Anwendungsjahr maßgeblichen Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zu erhöhen ist. Das nach Satz 4 ermittelte krankenhausindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2023 ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 1 und das nach Satz 4 ermittelte krankenhausindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2024 ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 2 zu erhöhen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht das nach Satz 5 für das Jahr 2023 ermittelte krankenhausindividuelle Erlösvolumen und den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 1 bis zum ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1] sowie das nach Satz 5 für das Jahr 2024 ermittelte krankenhausindividuelle Erlösvolumen und den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 2 bis zum 15. Dezember 2023 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt ein aktualisiertes krankenhausindividuelles Erlösvolumen für das Jahr 2023, indem es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2023 multipliziert und das sich ergebende Erlösvolumen um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 3 erhöht, und veröffentlicht das aktualisierte krankenhausindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2023 bis zum 15. Mai 2023 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt ein aktualisiertes krankenhausindividuelles Erlösvolumen für das Jahr 2024, indem es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 multipliziert und das sich ergebende Erlösvolumen um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 4 erhöht, und veröffentlicht das aktualisierte krankenhausindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2024 bis zum 15. Mai 2024 barrierefrei auf seiner Internetseite.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen Prozentsatz für das Jahr 2023 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe der für das Jahr 2023 nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumina, die um 90 Millionen Euro zu erhöhen ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen Prozentsatz für das Jahr 2024 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe der für das Jahr 2024 nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumina, die um 90 Millionen Euro zu erhöhen ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen aktualisierten Prozentsatz für das Jahr 2023, indem es jeweils die nach Absatz 1 Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen je Krankenhaus mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2023 multipliziert, die Ergebnisse dieser Multiplikation addiert, die sich ergebende Summe mit einem Betrag in Höhe von 90 Millionen Euro zu einem Gesamtbetrag addiert und den Betrag in Höhe von 300 Millionen zu diesem Gesamtbetrag ins Verhältnis setzt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen aktualisierten Prozentsatz für das Jahr 2024, indem es jeweils die nach Absatz 1 Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen je Krankenhaus mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 multipliziert, die Ergebnisse dieser Multiplikation addiert, die sich ergebende Summe mit einem Betrag in Höhe von 90 Millionen Euro zu einem Gesamtbetrag addiert und den Betrag in Höhe von 300 Millionen zu diesem Gesamtbetrag ins Verhältnis setzt. Die nach den Sätzen 1 bis 4 berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden.

(3) Die nach Absatz 1 Satz 7 und 8 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumina sowie die nach Absatz 4 Satz 3 und 4 berechneten Zuschläge sind zweckgebunden für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verwenden. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien nach § 11 bei Abschluss der nächsten nach Ablauf des jeweiligen Anwendungsjahres zu treffenden Vereinbarung nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht oder für die das Krankenhaus glaubhaft dargelegt hat, inwieweit die Mittel zweckentsprechend verwendet wurden. Mittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind zurückzuzahlen; die näheren Einzelheiten vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11.

(4) Zur Auszahlung des nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2023 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumens berechnet das Krankenhaus für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 1 auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und weist diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus. Zur Auszahlung des nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2024 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumens berechnet das Krankenhaus für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 2 auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und weist diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus. Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die im Jahr 2023 von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind, berechnen für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 1 auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus. Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die im Jahr 2024 von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind, berechnen für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 2 auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus.

(5) Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr 2023 oder 2024 entfallenden Erlöse aus im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 für die Versorgung der maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3 einschließlich des jeweiligen Zuschlags nach Absatz 4 von dem nach Absatz 1 Satz 7 oder Satz 8 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumen des jeweiligen Kalenderjahres ab, werden Mindererlöse bei einer Unterschreitung des nach Absatz 1 Satz 7 oder Satz 8 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumens von bis zu 20 Prozent vollständig und Mehrerlöse zu 65 Prozent ausgeglichen. Mindererlöse bei einer Unterschreitung des nach Absatz 1 Satz 7 oder Satz 8 ermittelten und

aktualisierten Erlösvolumens von mehr als 20 Prozent sind in Höhe von 65 Prozent auszugleichen. Vollständig auszugleichen sind abweichend von Satz 1 Mehrerlöse,

1. die daraus resultieren, dass das nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2023 ermittelte krankenhausindividuelle Erlösvolumen das nach Absatz 1 Satz 7 ermittelte und aktualisierte Erlösvolumen übersteigt,
2. die daraus resultieren, dass das nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2024 ermittelte krankenhausindividuelle Erlösvolumen das nach Absatz 1 Satz 8 ermittelte und aktualisierte Erlösvolumen übersteigt oder
3. die aus der Erhebung des Zuschlags nach Absatz 4 resultieren.

Die Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 können eine von den Sätzen 1 und 2 abweichende Ausgleichshöhe vereinbaren, um unzumutbare Härten zu vermeiden. Die Mehr- und Mindererlöse sind über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen. Für den Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen von besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt § 6 Absatz 3 Satz 6 mit der Maßgabe, dass Mehrerlöse, die aus der Erhebung der Zuschläge nach Absatz 4 Satz 3 und 4 resultieren, nicht auszugleichen sind.

(6) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes berichten dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2024 unter Berücksichtigung der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer nach Absatz 3 Satz 2 für das Jahr 2023 gemeinsam über die Auswirkungen des nach Absatz 1 Satz 7 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumens.“

- 1b. Nach § 5 Absatz 2a werden die folgenden Absätze 2b und 2c eingefügt:

„(2b) Zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern erheben Krankenhäuser für ihre Standorte, für die die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Satz 2 die Höhe eines standortindividuellen Förderbetrages festgelegt hat, in den Jahren 2023 und 2024 gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern einen vom Krankenhausträger zu ermittelnden Zuschlag nach Absatz 2c. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde legt bis zum 31. März der Jahre 2023 und 2024 jeweils die Höhe eines standortindividuellen Förderbetrages zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern für Krankenhausstandorte fest, die eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten und die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde als bedarfsnotwendig bestimmt werden. Dabei sind für die Krankenhausstandorte im Gebiet des jeweiligen Landes für die Jahre 2023 und 2024 jeweils insgesamt Förderbeträge in folgender Höhe festzulegen:

Baden-Württemberg	15 648 732 Euro
Bayern	18 672 864 Euro
Berlin	6 227 940 Euro
Brandenburg	3 635 844 Euro
Bremen	1 144 548 Euro
Hamburg	3 124 116 Euro
Hessen	8 924 508 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	2 376 540 Euro
Niedersachsen	11 274 396 Euro
Nordrhein-Westfalen	25 291 104 Euro
Rheinland-Pfalz	5 782 176 Euro
Saarland	1 437 924 Euro
Sachsen	5 978 496 Euro
Sachsen-Anhalt	3 235 344 Euro
Schleswig-Holstein	4 086 936 Euro

Thüringen 3 158 532 Euro.

Bei der Festlegung nach Satz 2 sind zu berücksichtigen:

1. die Vorhaltung einer Fachabteilung für Pädiatrie am jeweiligen Krankenhausstandort,
2. die Vorhaltung einer Fachabteilung für Neonatologie am jeweiligen Krankenhausstandort,
3. der Anteil vaginaler Geburten am jeweiligen Krankenhausstandort,
4. die Geburtenanzahl am jeweiligen Krankenhausstandort,
5. die Durchführung von Praxiseinsätzen im Rahmen des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums am jeweiligen Krankenhausstandort.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat den Vertragsparteien nach § 11 und dem Bundesministerium für Gesundheit die Höhe des aufgrund der Festlegung nach Satz 2 auf den einzelnen Krankenhausstandort entfallenden Förderbetrages und die Information, inwieweit die von ihr für die Festlegung des standortindividuellen Förderbetrages zugrunde gelegten Kriterien maßgeblich waren, jeweils bis zum 31. März der Jahre 2023 und 2024 mitzuteilen.

(2c) Die Abrechnung des nach Absatz 2b Satz 2 festgelegten standortindividuellen Förderbetrages erfolgt gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern durch einen vom Krankenhaussträger zu ermittelnden Zuschlag, der sich ergibt, indem die nach Absatz 2b Satz 2 für den jeweiligen Krankenhausstandort festgelegte Höhe des standortindividuellen Förderbetrages durch die Anzahl der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhausstandortes in dem dem Jahr 2023 oder 2024 jeweils vorangegangenen Kalenderjahr geteilt wird. Der nach Satz 1 berechnete Zuschlag für das Jahr 2023 ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2023 und dem 31. Dezember 2023 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Der nach Satz 1 berechnete Zuschlag für das Jahr 2024 ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2024 und dem 31. Dezember 2024 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Abweichend von den Sätzen 2 und 3 sind Zuschläge, die auf die Fälle entfallen, die für das Jahr 2023 oder 2024 vor der jeweiligen Festlegung der Höhe des standortindividuellen Förderbetrages durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde abgerechnet worden sind, nicht für diese Fälle abzurechnen, sondern durch entsprechende Erhöhung des Zuschlags für die Fälle des verbleibenden Kalenderjahres abzurechnen; hierzu ermittelt der Krankenhaussträger die Höhe des Zuschlags für die Fälle des verbleibenden Kalenderjahres, indem er den standortindividuellen Förderbetrag durch die erwartete Zahl der Fälle des verbleibenden Kalenderjahres teilt. Sofern die abgerechnete Summe der Zuschläge für das jeweilige Kalenderjahr von der nach Absatz 2b Satz 2 festgelegten Höhe des standortindividuellen Förderbetrages abweicht, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Der nach Absatz 2b Satz 2 festgelegte standortindividuelle Förderbetrag ist zweckgebunden für die Finanzierung von voll- und teilstationären Leistungen der Geburtshilfe zu verwenden. Der Krankenhaussträger hat den anderen Vertragsparteien nach § 11 bei Abschluss der nächsten nach Ablauf des Jahres 2023 oder 2024 jeweils zu treffenden Vereinbarung nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht oder für die das Krankenhaus glaubhaft dargelegt hat, inwieweit der nach Absatz 2b Satz 2 festgelegte standortindividuelle Förderbetrag zweckentsprechend verwendet wurde. Mittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind zurückzuzahlen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. März 2023 das Nähere zur Abrechnung und zur Nachweisführung der zweckentsprechenden Mittelverwendung des nach Absatz 2b Satz 2 festgelegten standortindividuellen Förderbetrages.“

1c. § 5 Absatz 3h wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Krankenhausgesellschaft“ die Wörter „bis zum 30. Juni 2023“ eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Kommt die Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von zwölf Wochen den Inhalt der Vereinbarung fest.“

2. In § 9 Absatz 1 Nummer 5 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „sowie erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des 28. auf das Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Tages] das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften und zur Abrechnung des Abschlags nach § 11 Absatz 4 Satz 6“ eingefügt.

3. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 3 und 6 wird aufgehoben.

b) In Absatz 12 Satz 2 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2026“ und die Angabe „2022“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

4. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Erlösbudget, das neue Pflegebudget und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung spätestens bis zum 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7; soweit zum 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, ein Landesbasisfallwert für das Jahr, für das die Vereinbarung gelten soll, noch nicht nach § 14 Absatz 1 genehmigt wurde, sind die Unterlagen innerhalb von sechs Wochen nach der Genehmigung dieses Landesbasisfallwerts nach § 14 Absatz 1 zu übermitteln.“

bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist, können die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen.“

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Zeit vom 1. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 gelten soll, bis einen Monat nach der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 oder nach der Festsetzung nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- oder teilstationären Fall, sofern der Krankenhausträger seinen Pflichten nach Satz 1 oder Satz 4 nicht nachkommt und die anderen Vertragsparteien für die Zeit vor einer möglichen Erhebung eines Abschlags dem Krankenhaus mindestens drei zumutbare Termine für die Verhandlung angeboten haben. Der Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist von den Vertragsparteien schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren; bei einer Festsetzung nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 gilt das Datum der Entscheidung der Schiedsstelle. Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach

§ 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben den Krankenhausträger und die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Zeitpunkt der Antragsstellung über den Antrag zu informieren. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde genehmigt die Erhebung des Abschlags innerhalb von vier Wochen ab dem Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung dem geltenden Recht entspricht.“

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2025, für die bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes] noch keine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 geschlossen wurde, sind von dem Krankenhausträger die in Absatz 4 Satz 1 genannten Daten zu übermitteln

1. bis zum 31. Oktober 2023 für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2021,
2. bis zum 31. März 2024 für den Vereinbarungszeitraum 2022 und
3. bis zum 30. September 2024 für den Vereinbarungszeitraum 2023,
4. bis zum 31. März 2025 für den Vereinbarungszeitraum 2024 und
5. bis zum 30. September 2025 für den Vereinbarungszeitraum 2025.

Für die Vorlage der Unterlagen und für die Erteilung von Auskünften gilt Absatz 4 Satz 2 bis 9 mit der Maßgabe, dass der Abschlag nach Absatz 4 Satz 6 wie folgt zu vereinbaren ist:

1. im Fall von Satz 1 Nummer 1 vom 1. Mai 2024 an,
2. im Fall von Satz 1 Nummer 2 vom 1. Oktober 2024 an,
3. im Fall von Satz 1 Nummer 3 vom 1. April 2025 an,
4. im Fall von Satz 1 Nummer 4 vom 1. Oktober 2025 an und
5. im Fall von Satz 1 Nummer 5 vom 1. April 2026 an.

§ 13 Absatz 1, 2 und 3 Satz 3 gilt entsprechend.“

5. Dem § 13 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für Vereinbarungszeiträume ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 nicht bis zum 31. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung abweichend von Absatz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab dem 1. August des Jahres fest. Die Fristen nach Satz 1 verlängern sich jeweils um sechs Wochen, wenn die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor Ablauf der Frist nach Satz 1 gegenüber der Schiedsstelle gemeinsam schriftlich oder elektronisch anzeigen, dass sie innerhalb der solchermaßen verlängerten Frist eine Vereinbarung nach § 11 abschließen werden. Die im Schiedsverfahren zu berücksichtigenden Daten, Unterlagen und Auskünfte des Krankenhausträgers oder der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind innerhalb der in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannten Fristen zu übermitteln, vorzulegen oder zu erteilen; nach Ablauf dieser Fristen übermittelte, vorgelegte oder erteilte Daten, Unterlagen und Auskünfte dürfen von der Schiedsstelle nicht berücksichtigt oder im Falle von Klagen gegen die Genehmigung des Beschlusses der Schiedsstelle von dem Gericht nicht zugelassen werden, wenn die Zulassung nach der freien Überzeugung der Schiedsstelle oder des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und die Nichteinhaltung der Fristen auf von dem Krankenhausträger oder von einer der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vertretenden Gründen beruht.“

6. In § 14 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ gestrichen.
- 6a. In § 15 Absatz 2a Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „171 Euro“ durch die Angabe „230 Euro“ ersetzt.

7. In § 21 Absatz 5 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch, wenn die übermittelten Daten im Rahmen der Plausibilitätsprüfung von der Datenstelle nicht akzeptiert werden; die Datenstelle legt das Nähere zur Plausibilitätsprüfung fest und veröffentlicht die Festlegungen auf ihrer Internetseite“ eingefügt.

Artikel 3

Änderung der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung

Die Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung vom 8. April 2020 (BGBl. I S. 768), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. September 2021 (BGBl. I S. 4355; 2022 I S. 463) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 7 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.
 - b) In Absatz 8 wird die Angabe „1. April 2023“ durch die Angabe „1. August 2024“ ersetzt.
- 1a. In § 6a Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 wird die Angabe „1. Januar 2023“ jeweils durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
2. § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
 - b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „1. April 2023“ durch die Angabe „1. August 2024“ ersetzt.
3. In Anlage 1 wird im Abschnitt „Datensicherheit“ Unterabschnitt „Basisanforderungen, die für alle digitalen Gesundheitsanwendungen gelten“ in Nummer 15a in der dritten Spalte die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
4. In Anlage 2 wird im Abschnitt „Interoperabilität“ in Nummer 5 in der dritten Spalte die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. § 2 Nummer 1a Buchstabe g wird wie folgt gefasst:

„g) im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz, insbesondere für die Berufe Krankenpflegehelfer, Krankenpflegehelferin, Pflegehelfer, Pflegehelferin, Pflegeassistent, Pflegeassistentin, Pflegefachassistent, Pflegefachassistentin,“.
1. In § 10 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Satz 4 bis 6 und Absatz 7“ durch die Wörter „Satz 4 und 5, Absatz 3a und 7“ ersetzt.
2. § 14a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden die Wörter „werden mit Ablauf des Jahres 2023 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung an den Bund zurückgeführt“ durch die Wörter „können vom Bundesamt für Soziale Sicherung zur Deckung seiner Aufwendungen gemäß Absatz 6 Satz 3 verwendet werden“ ersetzt.

bb) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Spätestens mit Ablauf des Jahres 2025 werden durch das Bundesamt für Soziale Sicherung die durch die Länder nicht ausgeschöpften oder durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nicht für andere Aufgaben verwendeten Mittel an den Bund zurückgeführt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit beginnend zum 31. Dezember 2022 halbjährlich über die entstandenen und voraussichtlich entstehenden Aufwendungen.“

cc) In dem neuen Satz 7 werden nach dem Wort „für“ die Wörter „technische und organisatorische“ eingefügt.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 Buchstabe b wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.

bb) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. das Krankenhaus an der Auswertung nach § 14b Satz 3 teilnimmt und“.

cc) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.

c) In Absatz 7 Nummer 3 werden nach den Wörtern „der Fördermittel“ die Wörter „während und nach dem Ende der Vorhaben“ eingefügt.

3. § 14b wird wie folgt gefasst:

„§ 14b

Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung und Begleitforschung für die digitale Transformation im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds

Das Bundesministerium für Gesundheit führt zur Evaluation des Krankenhauszukunftsfonds eine Auswertung hinsichtlich der Digitalisierung aller Krankenhäuser und insbesondere der nach § 14a geförderten Vorhaben sowie eine Begleitforschung zur digitalen Transformation der Krankenhäuser durch. Aus der Evaluation soll sich ergeben, inwieweit die Digitalisierung der Krankenhäuser, der Umgang mit technologischen Innovationen und die Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die Förderung verbessert sowie zukünftige Bedarfe zur digitalen Transformation im Krankenhausbereich identifiziert und geeignete Weiterentwicklungsstrategien entwickelt werden. Im Rahmen einer Auswertung durch eine durch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Forschungseinrichtung ist der Reifegrad aller Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung jeweils zum Stichtag 30. Juni 2021 und 31. Dezember 2023 unter Berücksichtigung von Bewertungskriterien anerkannter Reifegradmodelle festzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 einen weiteren Stichtag festzulegen. Die Empfänger von Fördermitteln nach § 14a übermitteln der vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Reifegradmessung beauftragten Forschungseinrichtung auf deren Anforderung in elektronischer Form die für die Auswertung erforderlichen strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstands digitaler Maßnahmen. Den teilnehmenden Krankenhäusern wird ein Teilnahmezertifikat durch die mit der Reifegradmessung beauftragte Forschungseinrichtung ausgestellt. Die Länder prüfen, ob diejenigen Krankenhäuser, die nach § 14a eine Förderung in dem jeweiligen Land erhalten, an der Reifegradmessung teilgenommen haben und bestätigen die Teilnahme gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung.“

3a. In § 17a Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „in der Krankenpflegehilfe“ durch die Wörter „im in § 2 Nummer 1a Buchstabe g genannten Bereich der Pflegehilfe und -assistenz“ ersetzt.

4. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Zur sachgerechten Abbildung der Kosten von telekonsiliarärztlichen Leistungen haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus spätestens bis zum 30. September 2024 geeignete Entgelte zu vereinbaren.“

b) Absatz 3 Satz 5 wird aufgehoben.

- c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation nach Absatz 3 Satz 4 erforderlichen Daten einen Abschlag von den pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1 je Standort eines Krankenhauses festzulegen. Eine Übermittlung gilt als nicht vollständig, wenn die Daten von weniger als 95 Prozent der für den jeweiligen Standort eines Krankenhauses an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten voll- und teilstationären Krankenhausesfälle verwertbar sind. Der Abschlag nach Satz 1 ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der voll- und teilstationären Krankenhausesfälle, deren Daten durch das Krankenhaus je Krankenhausstandort nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind, mit einem fallbezogenen Abschlagswert. Der fallbezogene Abschlagswert beträgt im ersten Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, 20 Euro je voll- und teilstationären Krankenhausesfall, dessen Daten nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind. Für jedes weitere Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, erhöht sich der fallbezogene Abschlagswert nach Satz 4 um jeweils 10 Euro. Abweichend von den Sätzen 3 bis 5 beträgt der Abschlag nach Satz 1 mindestens 20 000 Euro und höchstens 500 000 Euro pro Jahr der Datenübermittlung. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 über Verstöße und die Höhe des jeweiligen Abschlags nach Satz 1. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 berücksichtigen den Abschlag nach Satz 1 bei der Vereinbarung nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 der Bundespflegegesetzverordnung.“

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

- e) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

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

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

5. § 17c wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 2b werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung hat der Medizinische Dienst die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen die erhobenen Daten und Unterlagen nur für die in Satz 5 genannten Zwecke verarbeiten; eine Zusammenführung ist nur mit Daten des die Erörterung oder die gerichtliche Überprüfung betreffenden Einzelfalles zulässig. Die von dem Medizinischen Dienst übermittelten Daten und Unterlagen sind nach Abschluss der Erörterung oder der gerichtlichen Überprüfung von der Krankenkasse zu löschen. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Medizinischen Dienst Bund mit Wirkung für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste.“

- b) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

6. § 17d Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 7 wird die Angabe „bis 6“ durch die Wörter „und 5 und Absatz 3a“ ersetzt.

- b) Folgender Satz wird angefügt:

„Zur sachgerechten Abbildung der Kosten von telekonsiliarärztlichen Leistungen haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus spätestens bis zum 30. September 2024 Entgelte zu vereinbaren.“

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Dem § 2 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft veröffentlicht bis zum 31. Dezember 2023 die Höhe von Vergütungen für telekonsiliarärztliche Leistungen, die zwischen Krankenhäusern erbracht werden.“

1. In § 9 Absatz 1 Nummer 6 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „und erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des 28. auf das Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Tages] das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften und zur Abrechnung des Abschlags nach § 11 Absatz 4 Satz 5“ eingefügt.

2. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Budget und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In dem Satzteil vor der Aufzählung werden nach dem Wort „Verhandlung“ die Wörter „spätestens bis zum 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll,“ eingefügt.

bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „erstmalig für das Jahr 2018“ gestrichen.

bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen, soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist und wenn der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigt. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Zeit vom 1. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 gelten soll, bis einen Monat nach der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 oder nach der Festsetzung nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- oder teilstationären Fall, sofern der Krankenhausträger seinen Pflichten nach Satz 1 oder Satz 4 nicht nachkommt und die anderen Vertragsparteien für die Zeit vor einer möglichen Erhebung eines Abschlags dem Krankenhaus mindestens drei zumutbare Termine für die Verhandlung angeboten haben. Der Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist von den Vertragsparteien schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren; bei einer Festsetzung nach § 13 Absatz 1 oder Absatz 3 gilt das Datum der Entscheidung der Schiedsstelle. Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2

Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben den Krankenhausträger und die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Zeitpunkt der Antragsstellung über den Antrag zu informieren. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde genehmigt die Erhebung des Abschlags innerhalb von vier Wochen ab dem Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung dem geltenden Recht entspricht.“

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2025, für die bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1] noch keine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 geschlossen wurde, sind von dem Krankenhausträger die in Absatz 4 Satz 1 genannten Daten zu übermitteln

1. bis zum 31. Oktober 2023 für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2021,
2. bis zum 31. März 2024 für den Vereinbarungszeitraum 2022,
3. bis zum 30. September 2024 für den Vereinbarungszeitraum 2023,
4. bis zum 31. März 2025 für den Vereinbarungszeitraum 2024 und
5. bis zum 30. September 2025 für den Vereinbarungszeitraum 2025.

Für die Vorlage der Unterlagen und für die Erteilung von Auskünften gilt Absatz 4 Satz 2 bis 9 mit der Maßgabe, dass der Abschlag nach Absatz 4 Satz 5 wie folgt zu vereinbaren ist:

1. im Fall von Satz 1 Nummer 1 vom 1. Mai 2024 an,
2. im Fall von Satz 1 Nummer 2 vom 1. Oktober 2024 an,
3. im Fall von Satz 1 Nummer 3 vom 1. April 2025 an,
4. im Fall von Satz 1 Nummer 4 vom 1. Oktober 2025 an und
5. im Fall von Satz 1 Nummer 5 vom 1. April 2026 an.

§ 13 Absatz 1, 2 und 3 Satz 3 gilt entsprechend.“

3. Dem § 13 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für Vereinbarungszeiträume ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 nicht bis zum 31. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung abweichend von Absatz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab dem 1. August des Jahres fest. Die Fristen nach Satz 1 verlängern sich jeweils um sechs Wochen, wenn die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor Ablauf der Frist nach Satz 1 gegenüber der Schiedsstelle gemeinsam schriftlich oder elektronisch anzeigen, dass sie innerhalb der solchermaßen verlängerten Frist eine Vereinbarung nach § 11 abschließen werden. Die im Schiedsverfahren zu berücksichtigenden Daten, Unterlagen und Auskünfte des Krankenhausträgers oder der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind innerhalb der in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannten Fristen zu übermitteln, vorzulegen oder zu erteilen; nach Ablauf dieser Fristen übermittelte, vorgelegte oder erteilte Daten, Unterlagen und Auskünfte dürfen von der Schiedsstelle nicht berücksichtigt oder im Falle von Klagen gegen die Genehmigung des Beschlusses der Schiedsstelle von dem Gericht nicht zugelassen werden, wenn die Zulassung nach der freien Überzeugung der Schiedsstelle oder des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und die Nichteinhaltung der Fristen auf von dem Krankenhausträger oder von einer der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vertretenden Gründen beruht.“

Artikel 6

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 19 Absatz 2 Nummer 2 wird die Angabe „§ 291d“ durch die Angabe „§ 371“ ersetzt.
2. § 21 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und zur Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser nach § 14b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Das Bundesamt für Soziale Sicherung aktualisiert die Förderrichtlinien um den nach § 14b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegten weiteren Stichtag innerhalb von sechs Monaten nach Festlegung.“
 - b) In Absatz 3 wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „30. Juni 2023“ und wird die Angabe „31. Dezember 2023“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.
3. § 22 Absatz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
 - „2. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 10 genannten Vorhaben Nachweise darüber, dass mindestens 15 Prozent der für das Vorhaben beantragten Fördermittel für technische und organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit eingesetzt werden, und Nachweise, um welche Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit es sich handelt,“.
4. § 25 Absatz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
 - „2. bei den in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6, 8 und 10 genannten Vorhaben einen Nachweis des beauftragten und berechtigten IT-Dienstleisters darüber, dass bei dem aktuellen Umsetzungsstand des Vorhabens die Voraussetzungen der Förderrichtlinie des Bundesamtes für Soziale Sicherung in ihrer jeweils aktuellen Fassung, die die technische Umsetzung des Vorhabens betreffen, sowie § 14a Absatz 3 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingehalten wurden,“.

Artikel 7

Änderung des Implantateregistergesetzes

§ 17 Absatz 4 Satz 2 des Implantateregistergesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„§ 290 Absatz 3 Satz 5 und § 362 Absatz 2 Satz 2 und 3 und Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

Artikel 8

Änderung des MDK-Reformgesetzes

In Artikel 14 Satz 1 des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

Artikel 8a

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. November 2022 (BGBl. I S. 2018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 8 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3a Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht werden, können sie in das folgende Haushaltsjahr oder unter entsprechender Erhöhung des zur Verfügung stehenden Betrages auf die Mittel nach Absatz 3b Satz 5 für den Bereitstellungszeitraum nach Absatz 3b Satz 5 übertragen werden.“
 - b) In Absatz 3b Satz 5 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
2. In § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 wird die Angabe „§ 20a Absatz 7“ durch die Angabe „§ 35 Absatz 6“ ersetzt.
3. In § 84 Absatz 7 Satz 5 wird die Angabe „Satz 3 und 4“ durch die Angabe „Satz 5 und 6“ ersetzt.
4. § 106b wird wie folgt gefasst:

„§ 106b

Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur

(1) Zum Ausgleich

1. der erforderlichen Ausstattungskosten aufgrund von Anforderungen an die Ausstattung nach dem Fünften Buch, die in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur entstehen, und
2. der erforderlichen Betriebskosten, die im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen,

erhalten nach § 72 zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in entsprechender Anwendung der Finanzierungsregelungen für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die sich aus § 378 Absatz 2 des Fünften Buches ergebenden Erstattungen nach Maßgabe des Absatzes 2 in Form einer monatlichen Pauschale (TI-Pauschale) aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

(2) Näheres zum Ausgleich nach Absatz 1, dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie der Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an den Kosten, legen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in einer Finanzierungsvereinbarung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest. Grundlage dieser Finanzierungsvereinbarung sind die nach § 378 Absatz 2 des Fünften Buches vereinbarten Bundesmantelverträge. Ein abweichender Erstattungsbedarf der Pflegeeinrichtungen gegenüber den an der vertragsärztlichen

Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern aufgrund ihrer Besonderheiten, insbesondere bezogen auf Größe und Beschäftigtenanzahl, ist dabei zu berücksichtigen. Zudem sind Übergangsregelungen festzulegen, um die Erstattungsmodalitäten beim Übergang von den bisher geltenden auf die neuen Erstattungsregelungen zu bestimmen. Die Finanzierungsvereinbarung muss spätestens zwei Monate nach Anpassung der Bundesmantelverträge vorliegen.

(3) Die durch die Erstattung nach Absatz 1 entstehenden Kosten, soweit die ambulanten Pflegeeinrichtungen betroffen sind, tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung in dem Verhältnis, das der Relation zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. Bei den in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches genannten stationären Hospizen, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht, tragen die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent der nach Absatz 1 entstehenden Erstattungen. Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach den Sätzen 1 und 2 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 1 ergeben. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bestimmen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung.

(4) Die nach den Absätzen 1 und 2 festgelegte Höhe der TI-Pauschale gilt ab dem 30. Juni 2023.

(5) Die Vereinbarungspartner nach Absatz 2 verhandeln die Höhe der TI-Pauschale im Abstand von jeweils zwei Jahren, orientieren sich dabei an den Anpassungen der Bundesmantelverträge nach § 378 Absatz 2 des Fünften Buches und schließen erforderlichenfalls eine neue Vereinbarung nach Absatz 2. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt die jeweils bestehende Vereinbarung nach Absatz 2 fort.“

5. In § 115 Absatz 3a Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1“ gestrichen.
6. Dem § 135 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für das Jahr 2023 erfolgt die Zuführung nach Absatz 1 im Dezember 2023 in einer Rate in Höhe von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres.“

7. In § 153 Satz 1 wird die Angabe „2021 und 2022“ durch die Wörter „2021 bis einschließlich 2023“ ersetzt.

Artikel 8b

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 13. Oktober 2022 (BGBl. 2022 II S. 539) geändert worden ist, wird folgender § 14a eingefügt:

„§ 14a

Interoperabilität; Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zur Förderung der Interoperabilität zwischen informationstechnischen Systemen, von offenen Standards für informationstechnische Systeme und der Integration von Schnittstellen in informationstechnischen Systemen der Gesellschaft für Telematik die Aufgabe zuzuweisen, für nicht ausschließlich in die Zuständigkeit der Länder fallende informationstechnische Systeme, die im Anwendungsbereich dieses Gesetzes eingesetzt werden,

1. einen Bedarf an technischen, semantischen und syntaktischen Standards, Profilen und Leitfäden zu identifizieren sowie zu priorisieren,
2. technische, semantische und syntaktische Standards, Profile und Leitfäden zu prüfen, in dem gebotenen Umfang selbst zu entwickeln und weiterzuentwickeln, den Herstellern und Anwendern von informationstechnischen Systemen zu empfehlen und auf der Wissensplattform nach § 7 Absatz 1 Satz 1 der IOP-Governance-Verordnung zu veröffentlichen.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann in der Rechtsverordnung nach Satz 1 festlegen, dass Empfehlungen nach Satz 1 Nummer 2 im Anwendungsbereich dieses Gesetzes von Anwendern von informationstechnischen Systemen verbindlich zu beachten sind. Anwender im Sinne von Satz 2 sind Gesundheitsämter und die zuständigen Landesbehörden. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 ist das Nähere zu regeln zu

1. den Modalitäten der Abstimmung mit dem Expertengremium nach § 4 Absatz 1 der IOP-Governance-Verordnung,
2. den weiteren Einzelheiten der Wahrnehmung der nach Satz 1 zugewiesenen Aufgabe und den hierbei anzuwendenden Verfahren.

Bei der Gesellschaft für Telematik unmittelbar für die Erfüllung der nach Satz 1 zugewiesenen Aufgabe entstehende Kosten werden vom Robert Koch-Institut getragen. Das Robert Koch-Institut legt die Einzelheiten der Kostenerstattung im Einvernehmen mit der Gesellschaft für Telematik fest.

(2) Zum Zwecke der Förderung der Interoperabilität zwischen informationstechnischen Systemen und von offenen Standards für informationstechnische Systeme und der Integration von Schnittstellen in informationstechnischen Systemen sowie zum Zwecke der Optimierung des nach § 14 Absatz 1 Satz 1 eingerichteten elektronischen Melde- und Informationssystems sammeln und konsolidieren die Länder auf Anforderung des Robert Koch-Instituts technische und funktionale Anforderungen an nach § 14 Absatz 1 Satz 9 bereitzustellende kostenlose Software-Lösungen und übermitteln diese einheitlich abgestimmt an das Robert Koch-Institut, soweit die Anforderungen nicht ausschließlich in die Zuständigkeit der Länder fallen.“

Artikel 8c

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Nach § 47 Absatz 1 Nummer 5 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, wird folgende Nummer 5a eingefügt:

- „5a. durch Landesrecht bestimmte Träger der Luftrettung, soweit es sich um aus menschlichem Blut gewonnene Erythrozytenkonzentrate handelt,“.

Artikel 8d

Evaluierung

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Auswirkungen der Regelung in Artikel 8c auf die Versorgungslage mit aus menschlichem Blut gewonnenen Erythrozytenkonzentraten bis zum 31. Dezember 2023.

Artikel 9

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 6 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

- (2) Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2020 in Kraft.
- (3) Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe b tritt mit Wirkung vom 29. Oktober 2020 in Kraft.
- (4) Artikel 8a Nummer 4 tritt am 1. April 2023 in Kraft.
- (5) Artikel 1a tritt am 1. Juni 2023 in Kraft.
- (6) Artikel 1b tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.