

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Finanzierung von Investitionsmaßnahmen im Krankenhausbereich ist nach dem Prinzip der dualen Finanzierung Aufgabe der Länder. In den vergangenen Jahren ist jedoch das Gesamtvolumen der Mittel der Länder für Krankenhausinvestitionen bei unterschiedlicher Entwicklung in den einzelnen Ländern nominal und preisbereinigt zurückgegangen. Die Lücke, die durch fehlende Investitionen der Länder, entstanden ist, wird in erheblichem Umfang aus Eigenmitteln der Krankenhäuser geschlossen, wozu auch eine Querfinanzierung aus Betriebsmitteln gehören. Die notwendige Investitions- und damit Zukunftsfähigkeit der Häuser ist dabei oftmals nicht gesichert. Die Planungsverantwortung der Länder für ihre Krankenhäuser als Ausgestaltung der Daseinsvorsorge darf nicht dauerhaft zur Verfestigung nicht bedarfsgerechter Angebotsstrukturen führen. Ohne weitere wirksame strukturelle Maßnahmen ist die Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser nicht ausreichend gesichert und wegen der Zweckentfremdung der Mittel zur Betriebskostenfinanzierung eine Beeinträchtigung der Versorgungs- und Pflegequalität nicht zu verhindern. Zwar sind mit der Digitalisierung und Modernisierung der Krankenhäuser nicht unerhebliche Investitionen verbunden. Mit dem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ mit einem Volumen von insgesamt ca. 4,3 Milliarden Euro (3 Milliarden aus Bundesmitteln zuzüglich eines 30-prozentigen Anteils von dritter Seite) kann der Investitionsstau bei der Digitalisierung von Krankenhäusern jedoch erheblich abgebaut und die Digitalisierung der Krankenhäuser nach bundesweiten Standards gestaltet werden. In diesem Rahmen können durch zielgerichtete Investitionen in die Digitalisierung auch eine Modernisierung der stationären Notfallkapazitäten erreicht sowie die IT-technische Vernetzung von Krankenhäusern untereinander sowie mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens vorangetrieben werden.

Die Auswirkungen der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie werden voraussichtlich über das Jahr 2020 hinausreichen. Der Beirat, der das Bundesministerium für Gesundheit bei der Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) unterstützt, geht zudem davon aus, dass die Fallzahlen im voll- und teilstationären Bereich im weiteren Verlauf des Jahres 2020 nicht in allen Krankenhäusern das Niveau des Regelbetriebs vor der COVID-19-Pandemie erreichen werden. Die Behandlungskapazitäten mancher Krankenhäuser werden durch Hygienemaßnahmen und Auflagen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Schutz vor Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 teils eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund werden für Krankenhäuser Maßnahmen ergriffen, um potenzielle coronabedingte Erlösausfälle und coronabedingte Mehrkosten im Bedarfsfall auszugleichen.

Auch in der pflegerischen Versorgung ist angesichts der derzeitigen und für die kommenden Monate erwartbaren Infektionslage von einer anhaltenden Gefährdungssituation in diesem besonders vulnerablen Bereich und in der Folge von andauernden Belastungen für Leistungserbringer und Pflegebedürftige auszugehen. Es ist deshalb erforderlich, die Geltung eines Großteils der durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und durch das Zweite Bevölkerungsschutz-Gesetz, in § 150 SGB XI zur Unterstützung und Entlastung von Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen getroffenen und dort bis 30. September 2020 befristeten Regelungen bis zum 31. Dezember 2020 zu verlängern. Die pandemiebedingte zeitliche Erweiterung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld von 10 auf 20 Arbeitstage wird bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. Damit gelten wesentliche Bestimmungen zur finanziellen Entlastung und Unterstützung fort.

Im Rahmen des Gesetzes für den erleichterten Zugang zu sozialer Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 (Sozialschutz-Paket) vom 27. März 2020 wurde geregelt, dass bei Anträgen auf Kinderzuschlag, die in der Zeit vom 1. April bis zum 30. September 2020 eingehen, ebenso wie im Anwendungsbereich des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) für Fälle, in denen der Bewilligungszeitraum in der Zeit vom 1. März 2020 bis 30. September 2020 beginnt, eine vereinfachte Vermögensprüfung erfolgt. Der erleichterte Zugang in die Grundsicherungssysteme einschließlich der vereinfachten Vermögensprüfung soll im Verordnungswege bis zum 31. Dezember 2020 verlängert werden. Eine strengere Vermögensprüfung beim Kinderzuschlag, der gegenüber der Grundsicherung vorrangig ist, ist zu vermeiden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie können Landesregierungen oder die örtlich zuständigen Behörden die Schließung von stationären Pflegeeinrichtungen verfügen. Beschäftigte müssen dann die Pflege ihrer zu Hause lebenden Angehörigen weiterhin sicherstellen und neu organisieren. Auch ambulante Pflegedienste sind gegebenenfalls nicht mehr in dem gewohnten Umfang verfügbar. Daher konnten Beschäftigte seit 23. Mai 2020 bis zu 20 Arbeitstage der Arbeit in einer akuten Pflegesituation fernbleiben; auch das Pflegeunterstützungsgeld wurde bis zu 20 Arbeitstage gewährt. Darüber hinaus wurde die Inanspruchnahme der Freistellungen durch Flexibilisierungen erleichtert und Monate mit einem geringeren Einkommen bei der Darlehensgewährung seitdem nicht berücksichtigt. Eine Fortführung dieser Regelungen – ergänzt durch die Möglichkeit, Restzeiten einer Corona bedingten Freistellung auch nach Beendigung in Anspruch nehmen zu können – wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und damit die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen auch weiterhin erleichtern.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Um die Ziele des bestehenden Krankenhausfinanzierungsgesetzes nachhaltig zu unterstützen, ist ein Investitionsprogramm zur Digitalisierung und zur Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen erforderlich. Mit einem „Krankenhauszukunftsfonds“ werden notwendige Investitionen gefördert. Hierzu zählen sowohl Investitionen in moderne Notfallkapazitäten, als auch Investitionen in eine digitale Infrastruktur der Krankenhäuser um die interne und auch sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern, und die Ablauforganisation, die Kommunikation, die Telemedizin, die Robotik, die Hightechmedizin und die Dokumentation zu optimieren. Darüber hinaus sollen Investitionen in die IT- und Cybersicherheit des Gesundheitswesens, die gerade in Krisenlagen noch bedeutsamer sind, und Investitionen in die gezielte Entwicklung und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen, sowohl für den Normalbetrieb wie für Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abgestimmt, zum effizienten Ressourceneinsatz aus dem Programm unterstützt werden. Bei den Förderungen ist den Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen.

Daneben enthält der Entwurf noch Regelungen in folgenden Bereichen:

- Für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Mindestvorgaben im Bereich der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wird der Bettenbezug als ausschließlicher Maßstab gestrichen, um die notwendige Flexibilität zu ermöglichen.
- Die für das Jahr 2020 unterjährig übermittelten Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser sollen in anonymisierter und zusammengefasster Form veröffentlicht werden, um diese insbesondere der Selbstverwaltung und der Wissenschaft zur Untersuchung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zugänglich zu machen. Hierfür wird die erforderliche Rechtsgrundlage geschaffen.
- Weitere finanzielle Folgen des Coronavirus SARS-CoV-2 für die Krankenhäuser werden voraussichtlich regional und krankenhausesindividuell unterschiedlich ausfallen. Daher setzen weitere Instrumente zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser auf der Ortsebene an. Es werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, damit Erlösrückgänge im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019, die Krankenhäusern aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstanden sind, im Rahmen von krankenhausesindividuellen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort anteilig ausgeglichen werden können. Einem weiterhin bestehenden Bedarf an persönlichen Schutzausrüstungen oder anderen Mehrkosten, die aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung entstehen, wird Rechnung getragen, indem Krankenhäuser für solche Mehrkosten, die nicht anderweitig finanziert werden, Zuschläge vereinbaren können. Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, zu beiden Maßnahmen bundeseinheitliche Rahmenbedingungen festzulegen. Außerdem werden Klarstellungen für die Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags getroffen, mit denen Streitpotenzial auf der Ortsebene vermindert wird.
- Des Weiteren wird mit dem Gesetzentwurf der Leistungszeitraum des Kinderkrankengeldes zeitlich begrenzt für das Jahr 2020 ausgedehnt.

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

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

- Finanzielle Folgen des Coronavirus SARS-CoV-2 für die Pflegeeinrichtungen (z.B. durch Einschränkungen der Angebote bei Tagespflegeeinrichtungen, durch weiterhin bestehenden Bedarf an persönlichen Schutzausrüstungen o.ä.) sollen daher auch bis 31. Dezember 2020 ausgeglichen werden können.
- Verlängert werden auch die Anzeigepflicht für zugelassene Pflegeeinrichtungen gegenüber Pflegekassen bei wesentlicher Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung, die Inanspruchnahme von Sachleistung im Wege der Kostenerstattung im Pflegegrad 2 bis 5 und der Schutzschirm für Angebote zur Unterstützung im Alltag.
- Die Ansparfrist für Entlastungsbeträge aus dem Jahr 2019 wird ebenfalls bis zum 31. Dezember 2020 verlängert.

Die pandemiebedingte zeitliche Erweiterung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld von 10 auf 20 Arbeitstage wird bis zum 31. Dezember 2020 verlängert.

Beim Kinderzuschlag wird die ursprünglich bis 30. September 2020 vereinfachte Berücksichtigung des Vermögens entsprechend der durch den Koalitionsausschuss beschlossenen Verlängerung des erleichterten Zugangs in die Grundsicherungssysteme bis zum 31. Dezember 2020 verlängert.

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und damit auch die Pflege von pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung gerade in Zeiten der COVID-19-Pandemie wird erleichtert, wenn kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld bis zu 20 Arbeitstage in Anspruch genommen werden können, die Flexibilisierungen bei den Freistellungen auch künftig bis 31. Dezember 2020 gelten, Monate mit einem aufgrund der Pandemie erzielten geringeren Einkommen unberücksichtigt bleiben und Beschäftigte auch nach einer Freistellung aufgrund der Sonderregelungen zu COVID 19 auch weiterhin Freistellungen nutzen können.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenzen des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes stützen sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (GG). Danach kann die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser durch Bundesgesetz geregelt werden, wovon insbesondere Regelungen zu Finanzhilfen und zu Entgelten für die stationäre und teilstationäre Krankenbehandlung umfasst sind. Die vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen sind zudem zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet sowie zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich. Es ist von besonderer Bedeutung, dass im gesamten Bundesgebiet kurzfristig nach einheitlichen Kriterien Förderprogramme – insbesondere zur Verbesserung der digitalen Infrastrukturen etabliert werden können. Die Digitalisierung der Krankenhäuser und hierbei die IT-technische Vernetzung von Krankenhäusern muss bundesweit nach einheitlichen Standards, orientiert an internationalen Standards, gestaltet werden. Dies bedarf entsprechender bundesweit einheitlicher Fördermöglichkeiten und könnte durch eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene nicht gleichermaßen erreicht werden. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG.

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für das Bundeskindergeldgesetz folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 GG (öffentliche Fürsorge). Die Berechtigung des Bundes zur Inanspruchnahme der Gesetzgebungskompetenz ergibt sich aus Artikel 72 Absatz 2 GG. Die Regelungen dienen sowohl der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet als auch der Wahrung der Rechtseinheit. Sie sind für die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse von besonderer Bedeutung, da der Kinderzuschlag zusammen mit dem Kindergeld und den Leistungen für Bildung und Teilhabe insbesondere der Deckung des durchschnittlichen sächlichen Existenzminimums von Kindern dient. Bundeseinheitliche Regelungen sind in diesem Bereich unverzichtbar, damit sich die Lebensverhältnisse von Kindern und ihren Familien in den Ländern nicht in erheblicher Weise auseinanderentwickeln. Aufgrund der Vielzahl der Berührungspunkte mit dem bundeseinheitlichen SGB II und dem Zusammenspiel mit dem bundeseinheitlichen Wohngeldgesetz ist die Rechtseinheit betroffen. Würde die Regelung des Kinderzuschlags für Familien mit kleinen Einkommen, die nicht auf Leistungen nach dem SGB II angewiesen sind, den Ländern überlassen, würde dies zu einer der Rechtssicherheit abträglichen Rechtszersplitterung führen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelungen zum Arbeitsrecht und für Fördermaßnahmen auf dem Gebiet des Arbeitsrechts und zur Sozialversicherung beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG, der dem Bund insoweit die konkurrierende Kompetenz zur Gesetzgebung zuweist. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 GG in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Eine bundesgesetzliche Regelung zur Wahrung der Wirtschaftseinheit ist erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihre Tätigkeit in der Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich kaum sinnvoll durchzuführen. Bundeseinheitliche Regelungen sind auch deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vergleiche § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei, da das Verfahren für die Antragstellung und für die Bewilligung der Mittel des Krankenhauszukunftsfonds möglichst verwaltungsarm gestaltet wird.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung, gerade in Zeiten einer Pandemie. Die Mittel des Krankenhauszukunftsfonds tragen dazu bei, die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser im Normalbetrieb und während einer Pandemie zu verbessern. Damit wird insbesondere die Umsetzung der Managementregel 5 der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie unterstützt, nach der Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden sind.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund

Für den Bund entstehen Haushaltsausgaben in Höhe von 3 Milliarden Euro, da die Mittel für das Zukunftsprogramm Krankenhäuser aus Haushaltsmitteln des Bundes zur Verfügung gestellt werden.

Für den Ausgleich coronabedingter Mehrkosten und coronabedingter Erlösrückgänge ergeben sich, auf Basis der in dem Abschnitt „Gesetzliche Krankenversicherung“ getroffenen Annahmen, aufgrund von Beihilfezahlungen (einschließlich Heilfürsorge), Mehrausgaben für den Bund in Höhe eines niedrigen einstelligen Millionenbetrags.

Ferner ergeben sich für den Bund beim Bundeszuschuss für die Übernahme der Leistungsaufwendungen der Anteiliger im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen einstelligen Millionenbetrags.

Für die Träger der Beihilfe ergeben sich 0,35 Millionen Euro Mehrausgaben aus der Beteiligung an den Aufwendungen für die Verlängerung der Schutzschirmregelungen im Bereich der Pflegeversicherung.

Die vorgesehene Verlängerung der vereinfachten Vermögensprüfung im Kinderzuschlag führt dazu, dass mehr Berechtigte Kinderzuschlag in Anspruch nehmen können. Es wird mit nicht näher bezifferbaren Mehrausgaben in einstelliger Millionenhöhe gerechnet.

Aufgrund der bisherigen Inanspruchnahme der Darlehen ist von Mehrausgaben von weniger als 100 000 Euro in 2020 auszugehen.

Länder

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Das Zukunftsprogramm Krankenhäuser sieht neben einem Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 3 Milliarden Euro bzw. in Höhe von 70 Prozent der Fördermittel eine Ko-Finanzierung der geförderten Vorhaben in Höhe von 30 Prozent vor. Diese Ko-Finanzierung kann durch die Länder allein, unter finanzieller Beteiligung der Krankenhausträger oder ausschließlich durch die Krankenhausträger erfolgen.

Sofern länderseitig alle Mittel aus dem Zukunftsprogramm Krankenhäuser abrufen und die hierfür erforderlichen Ko-Finanzierungsmittel ausschließlich durch die Länder erbracht werden, belaufen sich die Kosten des Zukunftsprogramms für alle Länder zusammen auf bis zu 1,3 Milliarden Euro für die Gesamtlaufzeit des Programms.

Für den Ausgleich coronabedingter Mehrkosten und coronabedingter Erlösrückgänge ergeben sich, auf Basis der in dem Abschnitt „Gesetzliche Krankenversicherung“ getroffenen Annahmen, aufgrund von Beihilfezahlungen Mehrausgaben für die Länder und Gemeinden in Höhe eines mittleren einstelligen Millionenbetrags.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Gegenüberstellung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2020 zum Ausgleich eines coronabedingten Erlösrückgangs kann zu Mehrausgaben für die Kostenträger führen. Dies kann allerdings nur auf der Ortsebene valide dargelegt werden und hängt von der krankenhaushausindividuellen Situation unter anderem hinsichtlich der abgerechneten allgemeinen Krankenhausleistungen im voll- und teilstationären Bereich und der erhaltenen Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1 KHG ab. Auch wenn eine Schätzung von potenziellen Mehrausgaben nicht valide möglich ist, kann folgende Faustformel bei der Ermittlung von Mehrausgaben zugrunde gelegt werden: Je Erlösrückgang in Höhe von 0,1 Prozentpunkten lägen die Mehrausgaben für alle Kostenträger in einem hohen zweistelligen Millionenbereich. Für die gesetzlichen Krankenkassen würden sich ebenfalls Mehrausgaben in Höhe eines hohen zweistelligen Millionenbetrags ergeben. Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen lägen die Mehrausgaben im Bereich eines mittleren einstelligen Millionenbetrags und für die Beihilfe von Bund, Ländern und Gemeinden im Bereich eines niedrigen einstelligen Millionenbetrags.

Der Ausgleich von Mehrkosten, die aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 in Verbindung mit voll- oder teilstationären Patientenbehandlungen zwischen dem 1. Oktober 2020 und dem 31. Dezember 2021 entstehen, könnte für die Kostenträger Mehrausgaben zur Folge haben. Dies ist sowohl von den Rahmenvorgaben abhängig, die die Vertragsparteien auf der Bundesebene zu vereinbaren haben, als auch von den berücksichtigungsfähigen Mehrkosten, die den Krankenhäusern entstehen. Aufgrund der Planungsunsicherheit im Hinblick auf die weiteren Entwicklungen der SARS-CoV-2-Infektionen und der aufgrund dessen verursachten Schwankungen der Einkaufspreise, z. B. für persönliche Schutzausrüstung, ist eine Quantifizierung der finanziellen Folgen für die Kostenträger nicht möglich. Als Orientierungsgröße kann unter bestimmten Annahmen von dem folgenden Mehrausgabenvolumen ausgegangen werden: Unter der Annahme, dass für alle voll- und teilstationären Fälle vom 1. Oktober 2020 bis 31. Dezember 2021 ein Zuschlag für coronabedingte Mehrkosten in Höhe von beispielsweise 10 Euro zur Anwendung käme, beliefen sich die Mehrausgaben für alle Kostenträger auf rund 300 Millionen Euro. Dabei wurde ausgehend von der letzten durch das Statistische Bundesamt veröffentlichten Fallzahlstatistik ein Fallzahlrückgang von 0,2 Prozentpunkten pro Jahr unterstellt; coronabedingte Fallzahlveränderungen sind insbesondere für das Jahr 2021 nicht quantifizierbar, so dass keine gesonderte, coronabedingte Fallzahlveränderung berücksichtigt wurde. Für die gesetzlichen Krankenkassen würden sich Mehrausgaben in Höhe von rund 270 Millionen Euro ergeben, für die privaten Krankenversicherungsunternehmen in Höhe von rund 23 Millionen Euro und für die Beihilfe von Bund, Ländern und Gemeinden lägen die Mehrausgaben bei rund 8 Millionen Euro. Für die Träger der Sozialhilfe können Mehrbelastungen in geringer nicht quantifizierbarer Höhe entstehen.

Durch die Klarstellungen bei der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags im Jahr 2021 wird festgelegt, dass für die Frage, welche Leistungen für das Jahr 2021 zusätzlich vereinbart werden, das Leistungsniveau des Jahres 2019 zugrunde zu legen ist, da das Jahr 2020 von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern beeinflusst ist. Erst für Leistungen, die über dem Leistungsniveau des Jahres 2019 liegen, kommt der Fixkostendegressionsabschlag zur Anwendung und den Kostenträgern entstehen um 35 Prozent geminderte Ausgaben für die vereinbarten Mehrleistungen. Inwieweit Mehrausgaben für die Kostenträger entstehen, ist abhängig von verschiedenen Faktoren, wie beispielsweise von der für das einzelne Krankenhaus vereinbarten stationären Fallzahl und der Nutzung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund sind die finanziellen Auswirkungen dieser Regelung auf die Kostenträger nicht quantifizierbar.

Die einmalige Ausdehnung des Leistungszeitraums des Kinderkrankengeldes im Jahr 2020 könnte zu Ausgaben in einem niedrigen dreistelligen Millionenbereich führen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Es entstehen der Gesetzlichen Krankenversicherung aus der etwa hälftigen Beteiligung an den Aufwendungen für die Erstattungen der Mehrausgaben und Mindereinnahmen im Bereich der ambulanten Pflegedienste Mehrausgaben von 42 Millionen Euro.

Es entstehen der Gesetzlichen Krankenversicherung aus der 80-prozentigen Beteiligung an den Aufwendungen für die Erstattungen der Mehrausgaben und Mindereinnahmen im Bereich der Hospize Mehrausgaben von rund 2 Millionen Euro.

Soziale Pflegeversicherung

Für die Soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus der Verlängerung der Regelungen des Pflegeschutzschirms auf Basis der dafür bisher entstandenen Ausgaben folgende Mehrausgaben:

Die Verlängerung der Erstattung von Mindereinnahmen und Mehraufwendungen im Rahmen der Schutzschirmregelungen um drei weitere Monate verursacht Mehrausgaben in Höhe von 392 Millionen Euro.

Die Verlängerung der Möglichkeit einer 20-tägigen Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgeldes um drei weitere Monate verursacht Mehrausgaben in Höhe von etwa 9 Millionen Euro.

Die Verlängerung der Erstattung von Mindereinnahmen und Mehraufwendungen an Leistungserbringer von Angeboten zur Unterstützung im Alltag um drei weitere Monate verursacht Mehrausgaben in Höhe von etwa 3,5 Millionen Euro.

Die Verlängerung der Übertragbarkeit der Inanspruchnahme nicht verbrauchter Beträge für Entlastungsleistungen um weitere drei Monate verursacht geringe, nicht quantifizierbare Mehrausgaben.

Für die vereinfachte Inanspruchnahme von Sachleistungen im Kostenerstattungsverfahren entstehen Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich.

4. Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Für den Kinderzuschlag ist ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die durch den Gesetzentwurf zusätzlich erreichten Berechtigten anzunehmen. In Anlehnung an die Schätzungen im Starke-Familien-Gesetz wird pro zusätzlich erreichte Familie mit einem Erfüllungsaufwand von einmalig 90 Minuten abzüglich der sich zugleich generell durch die Vereinfachung ergebenden erheblichen Reduzierungen des Aufwands bei der Vermögensprüfung gerechnet. Es wird angenommen, dass beide Effekte sich im Wesentlichen ausgleichen.

Wirtschaft

Für die Krankenhausträger kann durch die Erstellung von Antragsunterlagen für die zu fördernden Vorhaben ein einmaliger Erfüllungsaufwand entstehen. Die Höhe des Erfüllungsaufwands ist im Wesentlichen abhängig von der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen durch die Länder und von der Komplexität der jeweiligen Vorhaben. Der Aufwand für die Antragstellung variiert angesichts der großen Bandbreite an möglichen Fördergegenständen stark und es ist nicht absehbar, für wie viele der bundesweit 1925 Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt, Stand 2018) und für welche Fördergegenstände die Länder letztlich Anträge stellen werden. Unter der vagen Annahme, dass jedes Krankenhaus einen Antrag an das jeweilige Land stellt, sowie bei vorsichtiger Schätzung, dass hierfür jeweils ein Aufwand in Höhe von 500 Euro anfällt, ist ex ante von einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt 962 500 Euro auszugehen. Um eine Quantifizierung ex post zu ermöglichen, ist vorgesehen, dass bei der Antragstellung auch Unterlagen über die Höhe des Erfüllungsaufwands vorzulegen sind.

Für die strukturierten Selbsteinschätzungen des digitalen Reifegrads der Krankenhäuser, denen Fördermittel gewährt wurden, sowie derjenigen Krankenhäuser, die sich freiwillig beteiligen, entsteht ebenfalls Erfüllungsaufwand. Die strukturierten Selbsteinschätzungen sind zweimal durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter, jeweils zum 30. Juni 2021 sowie 30. Juni 2023, auszufüllen, wofür jeweils ein geschätzter Zeitaufwand von 2,5 Stunden zu veranschlagen ist. Dieser beträgt unter der Annahme, dass sich alle Krankenhäuser an der Selbsteinschätzung beteiligen, bei einer Veranschlagung für das einmalige Ausfüllen von 133,25 Euro (53,30 Euro pro Stunde) je Krankenhaus rund 266,50 Euro, sodass für alle Krankenhäuser ein Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 513 000 Euro entsteht.

Somatischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen entsteht unter den nachfolgenden Annahmen einmalig, voraussichtlich überwiegend im Jahr 2021, Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 100 000 Euro. Dieser ergibt sich einerseits aus der Gegenüberstellung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2020

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

und der Feststellung eines potenziellen coronabedingten Erlösrückgangs nach § 21 Absatz 11 KHG. Es wird davon ausgegangen, dass die Ausgleichszahlungen zur Kompensation der Freihaltung von Betten zur Behandlung von mit SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten, die für den Zeitraum vom 16. März 2020 bis 30. September 2020 beansprucht werden können und seit dem 13. Juli 2020 mit unterschiedlichen Pauschalen differenziert ausgestaltet sind, bei dem Großteil der Krankenhäuser Defizite ausgleichen konnten. Wenn 20 Prozent von den 1 925 somatischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (für das Jahr 2018 laut Angabe des Statistischen Bundesamtes) die Verhandlung eines Ausgleichs für einen Erlösrückgang vorzubereiten hat und sich in diesen Krankenhäusern zwei Beschäftigte je zwei Stunden (53,30 Euro pro Stunde) mit den Vorbereitungen zur Vereinbarung eines coronabedingten Erlösrückgangs befassen, beläuft sich der einmalige Erfüllungsaufwand auf rund 80 000 Euro. Da nicht abgeschätzt werden kann, wie viele Krankenhäuser letztlich einen coronabedingten Erlösrückgang vereinbaren werden, sind die vorausgegangenen Angaben als vage Schätzung unter den getroffenen Annahmen zu verstehen.

Andererseits haben die Krankenhäuser geringfügigen zusätzlichen Aufwand bei der Ermittlung von Mehrkosten bei der Behandlung von voll- oder teilstationären Patientinnen und Patienten, die aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen. Unter der Annahme, dass die Krankenhäuser während der COVID-19-Pandemie ausreichend Erfahrungen gesammelt haben, welche Mehrkosten in welcher Höhe entstehen, und bis zum 30. September 2020 ein Zuschlag für coronabedingte Mehrkosten, insbesondere für persönliche Schutzausrüstung, durch die Kostenträger finanziert wird, dürfte der zusätzliche Aufwand für die Krankenhäuser begrenzt sein. Wenn 10 Prozent der Krankenhäuser einen Zuschlag zur Finanzierung von Mehrkosten, die aufgrund von SARS-CoV-2 entstehen, vereinbaren, beläuft sich der einmalige Erfüllungsaufwand für die Vorbereitung der Verhandlungen auf rund 20 000 Euro. Diese Schätzung basiert auf der Annahme, dass je Krankenhaus zwei Beschäftigte je eine Stunde mit der Vorbereitung der Verhandlung eines entsprechenden Zuschlags befasst sind. Da nicht abgeschätzt werden kann, wie viele Krankenhäuser letztlich einen Zuschlag für coronabedingte Mehrkosten vereinbaren werden, sind die vorausgegangenen Angaben als vage Schätzung unter den getroffenen Annahmen zu verstehen. Die Verhandlung mit den Kostenträgern über solche Sachverhalte gehört für die Krankenhäuser zum jährlichen Routinegeschäft, so dass dadurch kein wesentlicher Zusatzaufwand entsteht.

Die Klarstellungen bei der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags werden außerdem zu einer Entlastung führen, da dadurch Streitpotenzial auf der Ortsebene vermindert wird.

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

Bürokratiekosten der Wirtschaft

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

Verwaltung

Bund

Dem Bundesministerium für Gesundheit entsteht für die Laufzeit des Krankenhauszukunftsfonds ein dauerhafter Erfüllungsaufwand durch die Notwendigkeit, die Durchführung des Fonds zu begleiten, d.h. insbesondere zwischen dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und den Ländern zu koordinieren und etwaige organisatorische sowie inhaltliche Fragen mit diesen zu klären. Unter der geschätzten Annahme, dass dafür vier Vollzeitäquivalente im höheren Dienst im Mittel zusammen 24 Wochenstunden (65,40 Euro pro Stunde) für 18 Monate (entspricht 300 Tagen, gerechnet ab Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes zuzüglich einer geringen Zeitspanne über das Fristende zur Antragstellung über den 31. Dezember 2021 hinaus) beschäftigt sind, ergibt sich ein Erfüllungsaufwand in Höhe von 94 176 Euro.

Außerdem entsteht dem Bundesministerium für Gesundheit ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vergabe und Auswertung eines begleitenden Forschungsvorhabens. Das Vorhaben dient dem Zweck der Entwicklung eines digitalen Reifegradmodells, welches Kriterien bestehender und anerkannter Reifegradmodelle aufgreift und auf die Krankenhauslandschaft in Deutschland anpasst. Auf Basis dessen erfolgen im Rahmen des Forschungsvorhabens mittels einer strukturierten Selbsteinschätzung durch die Krankenhäuser eine Ermittlung des digitalen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Reifegrads der Krankenhäuser sowie eine Evaluation der Wirkung des Krankenhauszukunftsfonds. Der dem Bundesministerium für Gesundheit entstehende einmalige Erfüllungsaufwand zur Vergabe der begleitenden Auswertung des Zukunftsprogrammes Krankenhäuser wird auf der Basis von Erfahrungswerten vergleichbarer Projekte prognostizierten Höhe von bis zu 10,5 Millionen Euro wird vollständig aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds getragen. Diese Kosten umfassen vollständig die Kosten, die an den oder die Auftragnehmer zu entrichten sind. Sie beziehen sich auf die Aspekte der Modellentwicklung und Validierung (2,2 Millionen Euro), die technischen Umsetzung (2,9 Millionen Euro) und die Kommunikation (1,1 Millionen Euro), die Datenerhebung (1,5 Millionen Euro) sowie die Datenauswertung und die Begleitevaluation (1,75 Millionen Euro) und die notwendigen Gutachten, Schulungen und Handlungsempfehlungen (1,05 Millionen Euro).

Dem BAS entsteht im Zusammenhang mit der Errichtung des Krankenhauszukunftsfonds vorübergehend bis zur abschließenden Abwicklung Personalmehraufwand. Dieser wird nach Anwendung der im BMI-Handbuch vorgesehenen Schätzmethode 7,5 Vollzeitäquivalente betragen, davon 2,5x höherer Dienst (à 65,40 Euro pro Stunde), 4x gehobener Dienst (à 43,40 Euro pro Stunde) und 1x mittlerer Dienst (à 31,70 Euro pro Stunde). Unter Zugrundelegung der Tatsache, dass die Bearbeitung der Anträge und die Abstimmung dazu mit den Ländern für die Dauer des Zukunftsfonds zuzüglich einer nach Ende der Antragsfrist 31. Dezember 2021 erforderlichen weiteren Zeitdauer für die Bearbeitung letztlich 18 Monate (entspricht 300 Tagen) ab Inkrafttreten des Gesetzes in Anspruch nehmen wird, ergeben sich voraussichtliche Personalausgaben in Höhe von rund 890.000 Euro. Mit Sachausgaben ist in Höhe von jährlich 169.000 Euro zu kalkulieren. Außerdem entsteht dem BAS ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Erarbeitung der Richtlinien für die Förderung. Dieser dürfte den Betrag von 250 000 Euro nicht übersteigen unter der Annahme, dass etwa 4.690 Stunden aufzuwenden sind (53,30 Euro pro Stunde). Darüber hinaus entsteht Erfüllungsaufwand für die Ausgestaltung und Bereitstellung eines Online-Schulungsprogramms für IT-Dienstleister in Höhe von rund 2 Millionen Euro. Der dem BAS entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds refinanziert.

Mit dem 2. Bevölkerungsschutzgesetz wurde das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt, unterjährig Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser zu erheben. Durch die nun vorgesehene Veröffentlichung dieser Daten in anonymisierter und zusammengefasster Form auf seiner Internetseite entsteht dem InEK ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Die Neugestaltung des Kinderzuschlags führt auch bei der Verwaltung zu einem veränderten Aufwand. Ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand entsteht für die durch den Gesetzentwurf zusätzlich erreichten Kinder. Entsprechend den Schätzungen im Starke-Familien-Gesetz wird pro Kind eine Fallpauschale von 160 Euro jährlich angesetzt; das heißt, pro zusätzlich erreichtem Kind ergeben sich danach einmalig 80 Euro. Zugleich ergeben sich generell durch die Vereinfachung erhebliche Reduzierungen des Aufwands bei der Vermögensprüfung. Es wird angenommen, dass Mehraufwand und Minderaufwand sich im Wesentlichen ausgleichen.

Länder

Den Ländern entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Stellung von Anträgen auf Förderung von Vorhaben aus dem Krankenhauszukunftsfonds. Der administrative Aufwand hierfür ist zum einen abhängig von der Zahl und der Komplexität der von einem Land gestellten Anträge. Außerdem ist maßgeblich, in welchem Umfang bereits Vorarbeiten für einzelne Vorhaben geleistet worden sind. Unter der vagen Annahme, dass jedes Krankenhaus einen Antrag an das jeweilige Land stellt, sowie bei vorsichtiger Schätzung, dass aufseiten der Länder für die Sichtung und Beurteilung der Anträge sowie die jeweilige Entscheidung darüber, für welche Vorhaben ein Förderantrag an das BAS gestellt werden soll, jeweils ein Aufwand in Höhe von 500 Euro anfällt, ist ex ante von einem Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt 962 500 Euro auszugehen. Um eine Ermittlung ex post zu ermöglichen, ist vorgesehen, dass den Anträgen der Länder auch Angaben zum entstehenden Erfüllungsaufwand beizufügen sind.

Die Länder haben den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über die ausgezahlten Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG zu informieren, indem sie eine krankenhausbetonte Aufstellung an diesen übermitteln. Da eine solche Aufstellung bereits nach § 21 Absatz 9 KHG dem Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung zu stellen ist, entsteht den Ländern kein nennenswerter zusätzlicher Aufwand. Außerdem haben die Länder bei Vereinbarungen über den Ausgleich eines Erlösrückgangs im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019, die unabhängig von den Budgetverhandlungen geführt werden, diese zusätzlich zu genehmigen. Dadurch entsteht den Ländern geringfügiger Mehraufwand, der zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht quantifiziert werden kann, da die Anzahl der zu genehmigenden Vereinbarungen insbesondere von der Anzahl der Krankenhäuser abhängig ist, die einen ent-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sprechenden Ausgleich vereinbaren. Wenn die Länder für die Genehmigung einer Vereinbarung einen Zeitaufwand von einer Stunde benötigen, fällt im Einzelfall ein Erfüllungsaufwand in Höhe von 60,50 Euro an. Dieser Erfüllungsaufwand fällt allerdings nur dann an, wenn die Vereinbarung vor Ort außerhalb der regulären Budgetvereinbarung getroffen wird.

Sozialversicherung

Den Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung von Rahmenvorgaben. Für die Festlegung von Vorgaben zur Erlösermittlung, Kriterien und Nachweisen für die Ermittlung eines coronabedingten Erlösrückgangs für das Jahr 2020 wird davon ausgegangen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene an drei Tagen mit ca. 20 Personen verhandeln (64,00 Euro pro Stunde). Dadurch ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Jahr 2020 von rund 31 000 Euro. Die gleichen Annahmen werden auch für die Vereinbarung von Rahmenvorgaben für die Ortsebene zur Ermittlung eines Zuschlags für Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 getroffen, so dass sich der im Jahr 2020 entstehende einmalige Erfüllungsaufwand auf insgesamt rund 62 000 Euro beläuft.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand durch die Weiterleitung der Höhe der von einem Krankenhaus erhaltenen Ausgleichszahlungen an dessen Vertragsparteien auf Ortsebene. Der Aufwand fällt nur an, wenn das Krankenhaus seinen Anspruch auf Ermittlung der Erlöse als Grundlage für einen Erlösausgleich wahrnimmt.

Für die Krankenkassen ergibt sich bei den Verhandlungen auf der Ortsebene kein wesentlicher Zusatzaufwand für die Vereinbarung eines durch die Krankenhäuser festgestellten Erlösrückgangs oder eines Zuschlags für die von den Krankenhäusern ermittelten coronabedingten Mehrkosten, da die Verhandlung solcher Sachverhalte zum jährlichen Routinegeschäft gehört. Die Klarstellungen bei der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags werden zu einer Entlastung führen, da dadurch Streitpotenzial auf der Ortsebene vermindert wird.

Im Zusammenhang mit der einmaligen Ausdehnung des Leistungszeitraums des Kinderkrankengeldes im Jahr 2020 kann sich für die Krankenkassen ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand ergeben, wenn hierdurch die Anzahl an Kinderkrankengeldfällen zunimmt.

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

5. Weitere Kosten

Auswirkungen auf die Einzelpreise sind nicht zu erwarten. Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau können somit ausgeschlossen werden.

Für den Ausgleich coronabedingter Mehrkosten und coronabedingter Erlösrückgänge ergeben sich auf Basis der in dem Abschnitt „Gesetzliche Krankenversicherung“ getroffenen Annahmen Mehrausgaben für die privaten Krankenversicherungsunternehmen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrags. Dabei wird davon ausgegangen, dass die gesetzlichen Krankenkassen 90 Prozent der Kostenlast tragen und sich die restlichen 10 Prozent auf die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die Beihilfe von Bund, Ländern und Gemeinden verteilen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen tragen demzufolge ca. 7,5 Prozent der Kostenlast. Für den Ausgleich coronabedingter Mehrkosten belaufen sich unter den getroffenen Annahmen die Kosten für die privaten Krankenversicherungsunternehmen auf rund 23 Millionen Euro. Für den Ausgleich coronabedingter Erlösrückgänge liegen die Kosten in Höhe eines mittleren einstelligen Millionenbetrags, sofern ein Erlösrückgang von 0,1 Prozentpunkten angenommen wird.

Entsprechend dem 7-prozentigen Anteil an den Pflegebedürftigen entstehen der Privaten Pflegepflichtversicherung aus der Beteiligung an den Aufwendungen für die Verlängerung der Schutzschirmregelungen im Bereich der Pflegeversicherung Mehrausgaben in der Höhe von 69 Millionen Euro, was 7 Prozent der Gesamtkosten von rund 490 Mio. Euro entspricht.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Durch die Regelungen zum Zukunftsprogramm Krankenhäuser werden Anreize für die Länder gesetzt, verstärkt Investitionen zur Digitalisierung und zur Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen zu tätigen. Durch den anteilig geringeren Ko-Finanzierungsanteil des Landes gegenüber dem des Bundes wird den Ländern ermöglicht, in

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Fläche, etwa in ländlichen Gegenden, die Krankenhausstrukturen sowie -infrastrukturen zu stärken und insbesondere auch diejenigen Krankenhäuser zu fördern, die einen erhöhten Bedarf aufweisen. Auf diese Weise trägt das Investitionsprogramm dazu bei, die Wahrung und Förderung gleichwertiger Lebensverhältnisse in Deutschland zu stärken. Zugleich dient es der Umsetzung der Demografiestrategie der Bundesregierung.

VII. Befristung; Evaluation

Die Regelungen zum Krankenhauszukunftsprogramm sind befristet, da Anträge nur bis zum 31. Dezember 2021 gestellt werden können. Die mittelbaren und unmittelbaren Auswirkungen der Förderung auf den Digitalisierungsgrad der Krankenhäuser werden im Rahmen einer begleitenden Evaluation ausgewertet.

Die Regelungen im SGB XI sind überwiegend bis zum 31. Dezember 2020 befristet; die Regelungen zur Pflegezeit und zum Pflegeunterstützungsgeld sind bis zum 31. Dezember 2020 befristet.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass eine zukunftsgerichtete wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und eine bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten maßgeblich auch durch Digitalisierung und Innovation zu erreichen ist. Gerade die Digitalisierung ist es, die im beruflichen Alltag der Leistungserbringer mehr Zeit für die individuelle Betreuung der Patientinnen und Patienten schaffen kann. So können etwa die Aufgaben der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die wie die Dokumentation nur einen mittelbaren Patientennutzen haben, vereinfacht werden und bereits während der Behandlung automatisiert im Hintergrund laufen; dadurch wird wertvolle Zeit für die Behandlung gewonnen. Ein besserer Austausch von Daten auf sicherem Wege lässt zeitaufwendige und kostenintensive Mehrfachuntersuchungen entfallen. Die Potenziale der Digitalisierung zum Abbau von Bürokratie im Gesundheitswesen sind vielfältig und tragen zu einem Qualitätszuwachs bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten maßgeblich bei.

Zu Nummer 2

Zu den Buchstaben a und b

Die Regelung dient der Rechtsklarheit dahingehend, dass Mittel, die im Rahmen des Nachverteilungsverfahrens durch die Länder nicht beantragt wurden sowie solche, die aus anderen Gründen, etwa infolge von Rückzahlungen der Länder an das BAS, nach Abschluss des Nachverteilungsverfahrens überschüssig vorhanden sind, der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden können. Nach derzeitigem Stand werden nach Durchführung des Nachverteilungsverfahrens voraussichtlich Mittel in Höhe von 0,5 Millionen Euro verbleiben, die von den Ländern nicht abgerufen worden sind. Ohne eine gesetzliche Regelung bestünde Rechtsunsicherheit, wie mit diesen Mitteln zu verfahren ist. Die Zuführung der Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kann ohne großen Verwaltungsaufwand durchgeführt werden. Eine weitere Ausschüttung der Mittel an die antragstellenden Länder des Krankenhausstrukturfonds I bzw. eine Aufstockung der den Ländern nach dem fortgeführten Krankenhausstrukturfonds II nach § 12a KHG zustehenden Mittel würde dagegen einen ungleich höheren Verwaltungsaufwand verursachen, der angesichts der voraussichtlich geringen Höhe der zu verteilenden Mittel nicht gerechtfertigt ist.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Der Wortlaut der Vorschrift wird an die geänderte Bezeichnung BAS angepasst.

Durch die Regelung wird die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds um zwei Jahre bis Ende 2024 verlängert. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die prioritär zu bewältigenden Aufgaben im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie bei den Ländern und den Krankenhausträgern erhebliche Kapazitäten gebunden haben und noch weiterhin binden, sodass die erforderlichen Vorarbeiten für die Stellung von Anträgen auf Förderung struktureverbessernder Vorhaben zurückgestellt werden mussten. Außerdem stellt auch die Umsetzung des Zukunfts-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

programms Krankenhäuser erhebliche Anforderungen an die Länder und an die Krankenhausträger. Bei Beibehaltung einer weitgehenden Parallelität der Laufzeiten beider Instrumente wäre daher nicht auszuschließen, dass nicht alle Länder in der Lage wären, die ihnen zustehenden Mittel des Krankenhausstrukturfonds bis Ende 2022 auszuschöpfen. Der Krankenhausstrukturfonds würde hierdurch aber eine wesentliche Zwecksetzung verfehlen. Als Folge der Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds und zur Flexibilisierung der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds wird das gesetzlich vorgesehene Jährlichkeitsprinzip aufgehoben, sodass die Mittel des Fonds ohne Bindung an einzelne Kalenderjahre abgerufen werden können. Bereits bislang konnten die Länder ihnen zustehende jährliche Fördermittel jedoch noch bis 31. Dezember 2022 beantragen, sodass die bestehende Verwaltungspraxis im Wesentlichen beibehalten wird. Eine Erhöhung der Fördermittel über das bereits bislang verfügbare Gesamtvolumen in Höhe von 2 Milliarden Euro (je 500 Millionen Euro für die Jahre 2019 bis 2022) ist mit der Verlängerung der Laufzeit des Strukturfonds nicht verbunden. Außerdem wird die Vorschrift an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds in Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Jährlichkeitsprinzips in Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds in Buchstabe a.

Zu den Doppelbuchstabe dd und ee

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Jährlichkeitsprinzips in Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds in Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Zu den Doppelbuchstabe aa und bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds in Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der Wortlaut der Vorschrift wird an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst.

Zu Doppelbuchstabe dd

Der Wortlaut der Vorschriften wird an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst.

Zu Nummer 4

Zu § 14a

Die Vorschrift regelt die Bildung eines Krankenhauszukunftsfonds, mit dem das Zukunftsprogramm Krankenhäuser nach Ziffer 51 des Beschlusses des Koalitionsausschusses vom 3. Juni 2020 umgesetzt werden soll. Da das Zukunftsprogramm durch eine Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds umgesetzt werden soll, orientieren sich die Regelungen an den bestehenden Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds. Anders als beim Krankenhausstrukturfonds werden die Mittel des Krankenhauszukunftsfonds nicht aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, sondern aus Bundesmitteln aufgebracht.

Zu Absatz 1

Vorbereitung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beim Bundesamt für Soziale Sicherung wird ein Krankenhauszukunftsfonds errichtet. Der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden zur Errichtung des Krankenhauszukunftsfonds zum ersten Bankarbeitstag im Jahr 2021 einmalig Finanzmittel in Höhe von 3 Milliarden Euro vom Bund zur Verfügung gestellt. Vor dem 1. Januar 2021 nach Absatz 5 vom BAS auszahlende Fördermittel werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert.

Zu Absatz 2

Absatz 2 Satz 1 legt die Förderzwecke des Krankenhauszukunftsfonds fest. Die spezifischen Fördertatbestände orientieren sich nach der im Koalitionsbeschluss enthaltenen Aufzählung. Hiermit soll jedoch keine thematische Abgrenzung voneinander verstanden oder aufgezeigt werden. Vielmehr greifen die Modernisierung und Digitalisierung der verschiedenen Bereiche ineinander, überschneiden sich, bauen aufeinander auf und ergänzen sich logisch.

Nach Nummer 1 können Investitionen gefördert werden, die erforderlich sind, um Notaufnahmen von Krankenhäusern hinsichtlich ihrer technischen, insbesondere informationstechnischen Ausstattung an den jeweiligen Stand der Technik anzupassen. Dieser Fördertatbestand steht in einem Zusammenhang mit der Förderung von Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen nach § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2. Mit der Förderung integrierter Notfallstrukturen aus dem Krankenhausstrukturfonds sollen insbesondere bauliche Maßnahmen zur räumlichen Ausstattung von Notaufnahmen gefördert werden, um eine ineinandergreifende Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zu ermöglichen. Aufgrund der schon bauplanerisch bedingt langen Vorlaufzeit, die für die Beantragung von Fördermitteln für bauliche Maßnahmen erforderlich ist, verbleibt diese Förderung von Notfallstrukturen im Krankenhausstrukturfonds und wird durch die Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds deutlich gestärkt. Dem Ziel, integrierte Notfallstrukturen aufzubauen, dient auch die neue Förderung der technischen und insbesondere informationstechnischen Ausstattung von Notaufnahmen, die eine wichtige Voraussetzung für eine digitale Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der Notfallversorgung ist.

Orientiert an einem typischen Ablauf eines stationären Krankenhausaufenthalts einer Patientin oder eines Patienten sollen nach Nummer 2 Aspekte aus den Teilprozessen „Aufnahme“, „Behandlung“ und „Entlassung“ mit dem Schwerpunkt auf die Ablauforganisation, Dokumentation und Kommunikation gezielt gefördert werden.

Im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds sind nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung derzeit schon Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern förderungsfähig, die als Kritische Infrastrukturen anzusehen sind. Aufgrund der besonderen Bedeutung, die die IT-Sicherheit für die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser insbesondere in Pandemiezeiten hat, wird diese Förderung durch Nummer 3 auch auf Krankenhäuser erweitert, die keine Kritischen Infrastrukturen sind.

Nach Nummer 4 können insbesondere solche Vorhaben gefördert werden, die durch telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern, insbesondere von Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen, aber auch durch telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern mit ambulanten Versorgungseinrichtungen zu einer Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen beitragen. Zu einer Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen führen aber auch Vorhaben, die zum Ziel haben, Doppelstrukturen in bestimmten Leistungsbereichen zu bereinigen, Leistungsschwerpunkte zu bilden oder das Versorgungsangebot mit dem Ziel einer Erhöhung der medizinischen Behandlungskompetenz abzustimmen. Auch solche Vorhaben sind daher förderungsfähig.

Aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds sind gemäß Absatz 2 Satz 2 auch Vorhaben von Hochschulkliniken förderungsfähig sowie Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind. Für diese Vorhaben dürfen die Länder dabei maximal 10 Prozent der nach Absatz 3 Satz 1 zustehenden Mittel verwenden. Aufgrund des grundsätzlichen untrennbaren Zusammenhangs ihrer Aufgabenstellung in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung in der entsprechenden ausschließlichen Verantwortung der Länder haben die Länder die Mittel für Investitionen sowie für Forschung und Lehre getrennt auszuweisen.

Bei der Förderung ist den Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen.

Für alle genannten Förderungsmöglichkeiten gilt, dass die Bestimmungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen unberührt bleiben und Vorhaben wettbewerbsrechtlich zulässig sein müssen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Aufteilung der Mittel des Krankenhauszukunftsfonds auf die Länder analog der Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds. Da Investitionen nicht deshalb unterbleiben sollen, weil sich die beteiligten Krankenhäuser in unterschiedlichen Ländern befinden, können im Rahmen der auf die Länder jeweils entfallenden

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anteile auch länderübergreifende Vorhaben gefördert werden. Anträge der Länder auf Förderung sind bis zum 31. Dezember 2021 beim BAS zu stellen. Die von den Ländern nicht abgerufenen Mittel sowie Rückzahlungen aufgrund überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel nach § 14a Absatz 6 sind vom BAS Ende 2023 an den Bund zurückzuführen. Rückzahlungen nach Absatz 6, die danach noch beim BAS eingehen, verbleiben in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Dies ist sachgerecht, da etwaige Rückzahlungen nach Absatz 6 ab dem Jahr 2024 nur noch ein geringes Volumen umfassen dürften, eine finale Spitzabrechnung nach Abschluss aller Verfahren erst mit erheblichem zeitlichen Verzug erfolgen könnte und somit weitere Abrechnungsverfahren zwischen dem BAS und dem Bundesministerium der Finanzen und der damit einhergehende Verwaltungsaufwand vermieden werden.

Satz 5 trägt auch dem Umstand Rechnung, dass eines der Ziele des Krankenhauszukunftsfonds die Verbesserung der Informationssicherheit der Krankenhäuser ist. Aus diesem Grund ist bei jedem zu fördernden Vorhaben auch ein Anteil der beantragten und sodann gewährten Fördermittel für Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit vorzusehen. Der Anteil von 15 Prozent wird verpflichtend festgesetzt vor dem Hintergrund, dass in allen Digitalisierungsvorhaben die rechtzeitige Berücksichtigung von Themen der Informationssicherheit und deren konsequente Verfolgung durch die Projektphasen zentral wichtig sind.

Zu Absatz 4

Der Entscheidungsprozess über eine Förderung beginnt mit der Bedarfsanmeldung des einzelnen Krankenhausträgers. Hierin gibt der Krankenhausträger gegenüber dem jeweiligen Land formalisiert und detailliert an, welches Digitalisierungs- oder Modernisierungsvorhaben mit welchem Ziel, welchen Zwischenschritten und Komponenten geplant ist und welche Kosten hierfür veranschlagt werden. Wie beim Krankenhausstrukturfonds entscheiden die Länder über die zu fördernden Vorhaben, sind dabei aber nicht an das Einvernehmen der Kassenseite gebunden, da die Förderung im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds aus Bundesmitteln, nicht aber aus Mitteln der Beitragszahler erfolgt. Da es gleichwohl zielführend erscheint, bei der Mittelallokation die spezifischen regionalen Kenntnisse der Krankenkassen über die Krankenhausstrukturen und -träger in geeigneter Form zu berücksichtigen, ist für die Länder vorgesehen, vor Antragstellung beim BAS den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb der dreimonatigen Entscheidungsfrist über die Antragstellung einzuräumen. Um den Ländern eine zeitnahe Beurteilung der von den Krankenhausträgern angemeldeten Vorhaben zu ermöglichen, können sie weitere Vorgaben festlegen, denen die Förderanträge der Krankenhausträger zu entsprechen haben. Zwecks Bürokratieabbau sollen von dem BAS bereitgestellte standardisierte Formulare zur Bedarfsanmeldung genutzt werden.

Die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel umfasst auch die Prüfung der Richtigkeit eines Verwendungsnachweises (vgl. § 25 Absatz 2 KHSFV). Zur Prüfung können die Länder Unterlagen einsehen und die Geschäftsräume des geförderten Krankenhauses betreten und besichtigen. Die Begehung ist dem Träger anzukündigen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die allgemeinen Voraussetzungen für eine Förderung von Vorhaben aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds analog der Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds. Abweichend vom Krankenhausstrukturfonds wird die Höhe der von den Ländern aufzubringenden Ko-Finanzierung grundsätzlich auf 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten eines Vorhabens festgelegt. Anders als beim Krankenhausstrukturfonds kann die Ko-Finanzierung der Kosten eines Vorhabens auch vollständig vom betroffenen Krankenhausträger geleistet werden. Ein Mindestbetrag aus Haushaltsmitteln des Landes ist insoweit nicht mehr vorgesehen. Für den Fall, dass ein Krankenhausträger die Ko-Finanzierung allein aufbringt, kann es angesichts der derzeit niedrigen Kreditzinsen sinnvoll sein, diese Mittel für eine eventuelle Ko-Finanzierung durch Aufnahme eines Kredits, etwa bei der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), aufzubringen. Im Übrigen soll auch im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds ausgeschlossen werden, dass die Länder die Mittel des Fonds zum Anlass nehmen, die Höhe ihrer eigenen Mittel für die Investitionsförderung im Krankenhausbereich zu reduzieren. Aus diesem Grund sind sie auch im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds verpflichtet, das durchschnittliche Niveau ihrer Fördermittel im Referenzzeitraum für die Dauer der Laufzeit des Fonds beizubehalten. Anders als beim Krankenhausstrukturfonds ist es nicht erforderlich, dass die Umsetzung der zu fördernden Vorhaben im Zeitpunkt des Inkrafttretens der gesetzlichen Regelungen noch nicht begonnen hat. Damit die Fördermittel den Krankenhäusern möglichst kurzfristig zur Verfügung stehen, können sie auch zur Förderung von Vorhaben gewährt werden, die nach dem Tag des Kabinettschlusses begonnen haben. Für länderübergreifende Vorhaben gelten die Fördervoraussetzungen entsprechend.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Absatz 6

Nach Satz 2 zurückgeforderte Fördermittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzahlen. Das Nähere zur Rückzahlungsverpflichtung wird in den §§ 23 und 24 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung geregelt.

Wie beim Krankenhausstrukturfonds werden die dem BAS entstehenden Kosten für die Verwaltung des Krankenhauszukunftsfonds und für die Durchführung der Förderung aus den Mitteln des Fonds gedeckt. Zu den Kosten für die Durchführung der Förderung gehören auch die dem BAS entstehenden Aufwendungen für den Erlass von Förderrichtlinien nach § 21 Absatz 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung, insbesondere, wenn es hierfür auf die Unterstützung externer Sachverständiger zurückgreift. Die Regelung sieht außerdem vor, dass das BAS nähere Bestimmungen erlassen kann, um die Einheitlichkeit und Wirtschaftlichkeit des Förderverfahrens sicherzustellen. Zudem kann es zur Verwaltungsvereinfachung verlangen, dass die Länder Anträge in einem einheitlichen Format übermitteln.

Zu Absatz 7

Die Regelung enthält die erforderliche Ermächtigungsgrundlage für das Bundesministerium für Gesundheit, das Nähere über die Verwaltung und Durchführung des Krankenhauszukunftsfonds in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung zu regeln. Dies ist sachgerecht, da die Umsetzung des Zukunftsprogramms Krankenhäuser durch die Errichtung des Krankenhauszukunftsfonds an die Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds angelehnt ist.

Zu § 14b

Die Vorschrift regelt das Nähere hinsichtlich einer begleitenden Auswertung der Verbesserung des digitalen Reifegrads der Krankenhäuser und dabei insbesondere der durch die Förderung aufgrund des Krankenhauszukunftsfonds bewirkten Verbesserung. Durch ein begleitendes Forschungsvorhaben, welches seitens des Bundesministeriums für Gesundheit ausgeschrieben wird, soll die Evaluierung durch eine Forschungseinrichtung durchgeführt werden. Dieses Forschungsvorhaben entwickelt u. a. ein Tool, das den Krankenhäusern für ihre Selbsteinschätzung zur Verfügung gestellt wird und eine Vergleichbarkeit der ermittelten Reifegrade sicherstellt. Zudem unterstützt sie die Krankenhäuser bei ihrer Selbsteinschätzung je nach Bedarf auf Anfrage. Hierbei soll nicht nur erfasst werden, inwieweit sich der digitale Reifegrad der geförderten Krankenhäuser verbessert hat, sondern auch inwieweit die Förderung Anreize für die übrigen Krankenhäuser geschaffen hat, Anstrengungen zur Verbesserung ihres digitalen Reifegrades zu unternehmen. Aus diesem Grund sind im Rahmen des Forschungsvorhabens nicht nur die Angaben der tatsächlich geförderten Krankenhäuser, sondern aller Krankenhäuser zu Grunde zu legen. Nur auf diese Weise kann im Sinne einer Longitudinalstudie ein flächendeckender Überblick des digitalen Reifegrades aller Krankenhäuser gewonnen und zu einer aggregierten Analyse zusammengefasst werden. Da die Messung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser auf der Grundlage einer strukturierten Selbsteinschätzung erfolgt, ist der Aufwand für die einzelnen Krankenhäuser als gering anzusehen. Eine Auswertung ist erstmals zum Stichtag 30. Juni 2021 vorgesehen sowie erneut, nach Abschluss des Antragsverfahrens des Krankenhauszukunftsfonds, zum 30. Juni 2023. Hierdurch können im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs insbesondere die Auswirkungen digitaler Fördermaßnahmen nach dem Krankenhauszukunftsfonds auf den digitalen Reifegrad der Krankenhäuser sichtbar gemacht werden. Dies umfasst auch die digitale Barrierefreiheit. Die Ergebnisse sollen in einer Form veröffentlicht werden, die keine Rückschlüsse auf einzelnes Krankenhaus ermöglichen. Die konkrete Ausgestaltung der dem Reifegradmodell sowie der strukturierten Selbsteinschätzung zugrundeliegenden Kriterien werden im Rahmen der Förderrichtlinie skizziert und durch das Forschungsvorhaben ergänzt und konkretisiert.

Zu Nummer 5**Zu Buchstabe a**

Die Ergänzung ist erforderlich, damit die Krankenkassen als Grundlage für die Verhandlung über einen Erlösrückgang im Jahr 2020 Informationen über die krankenhausbetragende Höhe der ausgezahlten Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 erhalten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält dazu eine krankenhausbetragende Aufstellung über die Höhe der Ausgleichszahlungen und übermittelt die Höhe der Ausgleichszahlungen für ein Krankenhaus an die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG, sofern das Krankenhaus sein Verlangen auf die Prüfung und Ermittlung eines Erlösrückgangs äußert.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 10

Die mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) eingeführten pauschalen Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 konnten die Erlösausfälle in Folge von Verschiebung oder Aussetzung von planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffen nicht für jedes Krankenhaus vollständig kompensieren. Insbesondere Universitätskliniken und Maximalversorger waren von Erlösrückgängen betroffen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat darauf reagiert und die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 mit der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 3. Juli 2020 (BGBl. I S. 1556) ab dem 13. Juli 2020 abweichend von Absatz 3 differenziert. Angesichts der Vielzahl der seit März 2020 ergriffenen Maßnahmen (u. a. Verfügbarkeit von Materialien der persönlichen Schutzausrüstung, Ausbau der Testkapazitäten, DIVI IntensivRegister, Zusatzentgelt für Testungen im Krankenhaus, Corona-Warn-App, verbreitete Nutzung des Mund-Nasen-Schutzes, etc.) bedarf es keiner weiteren Verlängerung der pauschalen finanziellen Hilfen nach § 21 Absatz 1 und 5 über den 30. September 2020 hinaus. Der Beirat nach § 24 Absatz 1 Satz 2 geht allerdings davon aus, dass die Fallzahlen im voll- und teilstationären Bereich im weiteren Verlauf des Jahres 2020 nicht das Niveau des Regelbetriebs vor der COVID-19-Pandemie erreichen werden. Die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser werden durch Hygienemaßnahmen und Auflagen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Schutz vor Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 eingeschränkt. Die Regelung schafft in Verbindung mit der Regelung in Absatz 11 daher die Möglichkeit, einen Erlösrückgang, der bei Krankenhäusern im Jahr 2020 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstanden ist und der nicht anderweitig finanziert wird, im Rahmen von krankenhaushausindividuellen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort auszugleichen.

Um die Vereinbarung durch die Vertragsparteien vor Ort zu erleichtern, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Satz 1 beauftragt, bis zum 31. Dezember 2020 das Nähere für den Ausgleich eines durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Erlösrückgangs zu vereinbaren. Dazu haben sie insbesondere nach Nummer 1 Einzelheiten für die Ermittlung der Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen für die Jahre 2019 und 2020 festzulegen, damit die Erlöse durch die Vertragsparteien vor Ort für beide Jahre auf der gleichen Grundlage ermittelt werden. Dabei kann es angezeigt sein, auf die tatsächlich entstandenen Erlöse aus abgerechneten voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen abzustellen und nicht auf Budgetvereinbarungen, da diese in vielen Fällen auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums noch nicht vorliegen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen zudem nach Nummer 2 Kriterien fest, mit denen ein durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachter Erlösrückgang von einem nicht durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Erlösrückgang (z. B. durch Schließungen von Abteilungen) unterschieden werden kann. Nummer 3 beauftragt ferner die Vertragsparteien auf Bundesebene, Einzelheiten zum Nachweis der Erfüllung der Kriterien festzulegen. Zudem haben sie nach Nummer 4 die Höhe des Ausgleichssatzes zu vereinbaren, der von den Vertragsparteien vor Ort im Regelfall bei der Vereinbarung des Erlösausgleichs anzuwenden ist. Sofern variable Sachkosten, die nur bei erbrachten Leistungen entstehen, in den Erlösen enthalten sind, scheint es angezeigt, diese bei der Höhe des Ausgleichssatzes zu berücksichtigen. Der durchschnittliche Anteil der variablen Sachkosten wird von Experten auf 15 Prozent geschätzt. Es ist allerdings zu vermeiden, dass die variablen Sachkosten doppelt berücksichtigt werden, beispielsweise bei der Vereinbarung des Ausgleichssatzes und bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2020. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können darüber hinaus auch zu weiteren als regelungsbedürftig erachteten Sachverhalten, die derzeit noch nicht erkennbar sind, Vorgaben für die krankenhaushausindividuelle Vereinbarung der befristeten Zuschläge treffen.

Zur Ermittlung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2020 sind grundsätzlich alle Erlöse aus voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen und für das Jahr 2020 zusätzlich die krankenhaushausindividuelle Summe der erhaltenen Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 zugrunde zu legen (Satz 2). Zu gewährleisten ist, dass die Erlöse für die beiden Jahre einheitlich abgegrenzt werden, damit ein belastbarer Vergleich vorgenommen werden kann. Im Hinblick auf diese Zielsetzung sind die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in ersten Gesprächen übereingekommen, dass die Mittel für Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht in die Erlösermittlung einbezogen werden sollten. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene können auch festlegen, dass in die Ermittlung der Erlöse bereinigte Ausgleichszahlungen einfließen. So umfassen die Ausgleichszahlungen z. B. Mittel für ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen sowie für Ambulanzen, die in den Erlösen für voll- und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen nicht enthalten sind. Damit die Erlöse für die Jahre 2019 und 2020 auf der gleichen Grundlage ermittelt werden, sollten die Ausgleichszahlungen daher z. B. um die Wahlleistungen und Mittel für Ambulanzen bereinigt werden. Auch wenn die Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 unverändert nicht Bestandteil des Budgets sind (Absatz 2 Satz 5), müssen sie, ggf. in bereinigter Form, bei der Feststellung der Erlössituation eines Krankenhauses für das gesamte Jahr 2020 berücksichtigt werden. Die Beträge nach Absatz 5, die Zuschläge nach Absatz 6 und die Zusatzentgelte nach § 26 werden bei

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Ermittlung einer Erlösveränderung aus grundsätzlichen Erwägungen nicht herangezogen, um in diesen Positionen eine Verzerrung gegenüber den Erlösen 2019 zu vermeiden. Von den Vertragsparteien auf Bundesebene ist sicherzustellen, dass bei dem Ausgleich von Erlösausfällen eine Doppelfinanzierung ausgeschlossen wird.

Für den Fall, dass eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 nicht bis zum 31. Dezember 2020 zustande kommt, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung auch ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von zwei Wochen fest (Satz 4).

Zu Absatz 11

Die Krankenhäuser haben nach Satz 1 einen Anspruch darauf, mit den übrigen Vertragsparteien vor Ort auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene die Erlöse für die Jahre 2019 und 2020 und den Erlösrückgang zu ermitteln. Für die Kostenträger ist die Vereinbarung verpflichtend, sofern das Krankenhaus seinen Anspruch wahrnimmt. Die Vereinbarung kann unabhängig von der Budgetvereinbarung für das einzelne Krankenhaus nach § 11 KHEntgG oder § 11 BPfIV geschlossen werden. Die Vertragsparteien setzen für den Ausgleich grundsätzlich die auf der Bundesebene vereinbarte Höhe des Ausgleichssatzes an. In begründeten Ausnahmefällen können sie jedoch einen abweichenden Ausgleichssatz vereinbaren, wenn dies zur Durchführung eines sachgerechten Ausgleichs des Erlösrückgangs erforderlich ist. Ein abweichender Ausgleichssatz ist insbesondere dann angezeigt, wenn bei der Erlösermittlung auf der Grundlage von Absatz 10 die variablen Sachkosten enthalten sind und der krankenhausespezifische Anteil der variablen Sachkosten bei dem Krankenhaus wesentlich von dem Anteil abweicht, der der Vereinbarung der Ausgleichssatzhöhe auf Bundesebene zu Grunde gelegt worden ist. Der Ausgleich des errechneten Ausgleichsbetrags erfolgt über einen Zuschlag auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums und damit entsprechend zu dem den Vertragsparteien bekannten Verfahren des § 12 Satz 3 KHEntgG oder § 12 Satz 3 BPfIV. Damit wird sowohl eine zeitnahe und aufwandsarme Abwicklung ermöglicht als auch sichergestellt, dass alle Kostenträger an der Finanzierung des Ausgleichs beteiligt werden.

Die nach Absatz 4 geleisteten Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 verbleiben in jedem Fall beim Krankenhaus, auch wenn dadurch Erlösüberschüsse generiert wurden.

Können die Vertragsparteien nach Satz 1 keine Einigung erzielen, besteht die Möglichkeit der Anrufung der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1. Die getroffene Vereinbarung ist zudem von der zuständigen Landesbehörde zu genehmigen. Hierfür gilt § 14 Absatz 2 Satz 1 und 3 und Absatz 3 KHEntgG für somatische sowie für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser entsprechend

Um die Verhandlungen zu vereinfachen, sind Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 KHEntgG oder § 3 Absatz 7 BPfIV für das Jahr 2020 ausgeschlossen. Dies gilt für alle Krankenhäuser unabhängig davon, ob sie sich für eine Vereinbarung nach Satz 1 entscheiden oder nicht.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Bei der Streichung handelt es sich um eine redaktionelle Änderung, mit der etwaigen Missverständnissen vorgebeugt werden soll. Da sich der gesamte Absatz auf die von den Krankenkassen übermittelten Daten bezieht, ist eine erneute Verwendung des Wortes „übermittelten“ nicht erforderlich, sodass das Wort gestrichen wird. Durch die Ergänzung wird die Befugnis des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) dahingehend erweitert, dass es die Daten in zusammengefasster Form veröffentlichen darf.

Zu Buchstabe b

Insbesondere bei den Selbstverwaltungspartnern und bei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besteht großes Interesse an der Auswertung der dem InEK unterjährig übermittelten Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser hinsichtlich der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. Die Änderung gewährleistet, wie es bereits in § 21 Absatz 3 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für die jährlich an das InEK zu übermittelnden Daten geregelt ist, dass die anonymisierten Daten in zusammengefasster Form veröffentlicht werden, d. h. z. B. ohne Bezug zu einzelnen Krankenhäusern, so dass eine Identifikation einzelner Krankenhäuser und auch einzelner Patientinnen und Patienten nicht möglich ist. Die Veröffentlichung erfolgt im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auf der Internetseite des InEK.

Zu Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Zu Nummer 1

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der Wortlaut der Vorschrift wird an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst. Die Änderung steht in Zusammenhang zu den Änderungen in Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a. Durch die in der Vorschrift enthaltenen Bezugnahmen auf § 12 Absatz 1 und Absatz 2 KHG ist eine einheitliche Bezeichnung erforderlich, um Widersprüche durch unterschiedliche Bezeichnungen zu vermeiden.

Zu Nummer 2

Der Wortlaut der Vorschrift wird an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst. Die Änderung steht in Zusammenhang zu Änderungen in Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a. Durch die in der Vorschrift enthaltenen Bezugnahmen auf § 12 Absatz 2 KHG ist eine einheitliche Bezeichnung erforderlich, um Widersprüche durch unterschiedliche Bezeichnungen zu vermeiden.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Die Regelung enthält eine notwendige Anpassung an die Vorgaben des SGB V für die Nutzung der Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur. Die Änderung steht in Zusammenhang zu der Regelung im KHG nach Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, durch welche der Krankenhausstrukturfonds verlängert wird, und zu dem durch Artikel 1 Nummer 4 neu geregelten Krankenhauszukunftsfonds, durch den es erforderlich ist, den Fördertatbestand hier anzupassen, um diesen nutzbar zu machen.

Zu Buchstabe b

Die bisherige Förderung integrierter Notfallstrukturen aus dem Krankenhausstrukturfonds bleibt neben dem neuen Fördertatbestand des Krankenhauszukunftsfonds zur Modernisierung von Notfallkapazitäten bestehen. Die geänderte Formulierung löst sich von dem im Rahmen der laufenden Diskussion über die Reform der Notfallversorgung geprägten Begriff der integrierten Notfallzentren und wird schwerpunktmäßig auf bauliche Maßnahmen zur räumlichen Ausstattung von Notaufnahmen bezogen, um eine ineinandergreifende Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zu fördern. Aufgrund der schon bauplanerisch bedingt langen Vorlaufzeit, die für die Beantragung von Fördermitteln für bauliche Maßnahmen erforderlich ist, verbleibt diese Förderung von Notfallstrukturen im Krankenhausstrukturfonds und wird durch die Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds deutlich gestärkt. Diese Förderung dient ebenso wie die neue Förderung der technischen Ausstattung von Notaufnahmen aus dem Krankenhauszukunftsfonds der Modernisierung von Notfallkapazitäten.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Änderung zur Erweiterung der förderfähigen Kosten für Vorhaben des Krankenhausstrukturfonds nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 KHSFV. Eine entsprechende Förderung der Kosten für erforderliche personelle Maßnahmen einschließlich Schulungskosten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist bei der Förderung nach dem Krankenhauszukunftsfonds vorgesehen (§ 14a KHG i.V.m. § 19 und § 20 Absatz 1 Nummer 2). Ohne die Änderung käme es für die Fälle der Förderung von Vorhaben zur Anpassung der Informationstechnik sowie von telemedizinischen Netzwerkstrukturen zu einer Schlechterstellung im Vergleich zu den Fördervorhaben des Krankenhauszukunftsfonds, unter anderem des § 19 Absatz 1 Nummer 9 und 10, die für vergleichbare Vorhaben eine Förderung entsprechender Kosten vorsehen.

Zu Nummer 5

Zu den Buchstaben a und b

Der Wortlaut der Überschrift und der Wortlaut der Vorschriften werden an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst. Die Änderungen stehen in Zusammenhang zu den Änderungen in Artikel 1 Nummer 3. Durch die in der Vorschrift enthaltenen Bezugnahmen auf § 12a KHG ist eine einheitliche Bezeichnung erforderlich, um Widersprüche durch unterschiedliche Bezeichnungen zu vermeiden.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstabe aa und bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds in Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a.

Zu Buchstabe b

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Regelung enthält eine notwendige Anpassung an die Vorgaben des SGB V für die Nutzung der Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur, die die Länder bei Antragstellung entsprechend zu bestätigen haben. Die Änderung steht in Bezug zu dem durch Artikel 1 Nummer 4 neu geregelter Krankenhauszukunftsfonds.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a und zu Buchstabe b

Der Wortlaut der Überschrift und der Wortlaut der Vorschrift werden an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst. Die Änderungen stehen in Zusammenhang zu den Änderungen in Artikel 1 Nummer 3. Durch die in der Vorschrift enthaltenen Bezugnahmen auf § 12a KHG ist eine einheitliche Bezeichnung erforderlich, um Widersprüche durch unterschiedliche Bezeichnungen zu vermeiden.

Zu Buchstabe c

Die Regelung dient der Beschleunigung des Verfahrens und der Sicherstellung, dass bereitgestellte Fördermittel zeitnah zur Umsetzung der Vorhaben führen. Kann der Förderbescheid innerhalb einer Frist von 15 Monaten nicht vorgelegt werden, ist davon auszugehen, dass kein vordringlicher Bedarf für das Vorhaben besteht, sodass das BAS die Möglichkeit hat, den ausgezahlten Betrag zurückzufordern. Die Änderung ist durch die Regelung im KHG über die Verlängerung des Förderzeitraums des Krankenhausstrukturfonds (Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a) veranlasst und steht mit dieser in unmittelbarem Zusammenhang, da sie einen zielgerichteten und effizienten Einsatz der Mittel gewährleistet und zur Erreichung strukturverbessernder Effekte der Förderung beiträgt.

Zu Nummer 8

Der Wortlaut der Vorschriften wird an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst. Die Änderung steht in Zusammenhang zu den Änderungen in Artikel 1. Durch die in den Vorschriften enthaltenen Bezugnahmen in den §§ 17 und 18 auf § 12a Absatz 1 KHG und dem Sachzusammenhang zu den Regelungen über den Krankenhausstrukturfonds im KHG ist eine einheitliche Bezeichnung erforderlich, um Widersprüche durch unterschiedliche Bezeichnungen zu vermeiden.

Zu Nummer 9

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung enthält in Teil 3 in den §§ 19 bis 25 künftig auch Regelungen zu dem in Artikel 1 Nummer 4 (§ 14a KHG) neu vorgesehenen Krankenhauszukunftsfonds. Die Änderungen beziehungsweise die Erweiterung des Anwendungsbereichs der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung auf den Krankenhauszukunftsfonds stehen dabei in unmittelbarem Zusammenhang zu der Einfügung der §§ 14a und 14b KHG.

§ 19

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Einzelheiten zu den über den Krankenhauszukunftsfonds förderungsfähigen Vorhaben. Die Fördervorhaben sollen das im Koalitionsausschuss am 3. Juni 2020 beschlossene Vorhaben „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ umsetzen, wonach Verbesserungen hin zu einer moderneren und besseren investiven Ausstattung der Krankenhäuser durch eine Förderung moderner Notfallkapazitäten, einer besseren digitalen Infrastruktur, der IT- und Cybersicherheit sowie eine Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen erreicht werden sollen.

Die spezifischen Fördertatbestände orientieren sich an der im Koalitionsbeschluss vom 3. Juni 2020 enthaltenen Aufzählung. Hiermit soll jedoch keine thematische Abgrenzung voneinander verstanden oder aufgezeigt werden. Vielmehr greifen die Modernisierung und Digitalisierung der verschiedenen Bereiche ineinander, überschneiden sich, bauen aufeinander auf und ergänzen sich logisch und umfassen auch die digitale Barrierefreiheit.

Orientiert an einem typischen Ablauf eines stationären Krankenhausaufenthalts einer Patientin oder eines Patienten sollen nach den Nummern 2 bis 6 Aspekte aus den Teilprozessen „Aufnahme“, „Behandlung“ und „Entlassung“ gezielt gefördert werden. Die digitalen Services werden so gewählt, dass sie gezielt dazu beitragen, den Digitalisierungsgrad in den Krankenhäusern zu erhöhen, indem sie interoperabel in die Gesamt-IT-Struktur einzubetten sind. Hierdurch kann und soll eine stärkere Binnendigitalisierung angestoßen werden. Gleichzeitig soll sich ein unmittelbarer Nutzen für Patientinnen und Patienten entfalten können und gezielt die Versorgungsqualität erhöht werden. Das bedeutet zugleich, dass damit auch nicht-digitale Komponenten (z. B. der Notfallmedizin) gefördert werden.

Mit den Fördertatbeständen werden keine neuen Rechtsgrundlagen für einen Datenaustausch geschaffen. Vielmehr soll ein rechtlich bereits gestatteter Datenaustausch lediglich digitalisiert werden

Zu Nummer 1

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Nach Nummer 1 können Investitionen gefördert werden, die erforderlich sind, um Notaufnahmen von Krankenhäusern hinsichtlich ihrer technischen sowie insbesondere informationstechnischen Ausstattung an den jeweiligen Stand der Technik anzupassen. Zum Stand der Technik gehört auch die Herstellung von Barrierefreiheit von Notaufnahmen oder die Nutzung von robotikbasierten Systemen und Automaten zur Desinfektion. Auch Vorhaben zur Modernisierung der Notaufnahmen von Hochschulkliniken sind förderungsfähig. Der Förderung moderner Notfallkapazitäten dient auch weiterhin der bisherige Fördertatbestand des Krankenhausstrukturfonds zur Bildung integrierter Notfallstrukturen nach § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2. Diese schwerpunktmäßig auf bauliche Maßnahmen zur räumlichen Ausstattung von Notaufnahmen ausgerichtete Förderung wird durch die Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds deutlich gestärkt.

Zu Nummer 2

Gefördert werden sollen zudem Patientenportale, die ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement ermöglichen. Mit dem Ziel der verbesserten Kommunikation, des schnelleren Informationsaustauschs und der Erhöhung der Versorgungsqualität sollen hierüber zahlreiche Einzelfunktionalitäten umgesetzt werden. Dies schließt u. a. die digitale Terminvereinbarung, den Informationsaustausch mit vorgelagerten Leistungserbringern, die aktuelle Medikation, eine digitale Anamnese oder die Patientenaufklärung ein. Die Nutzung solcher Portale trägt nicht nur zu einer Entlastung der administrativen Prozesse vor Ort im Krankenhaus bei, sondern erlaubt es Patientinnen und Patienten, qualifizierte Behandlungsentscheidungen in ihrer gewohnten Umgebung abseits der Ausnahmesituation eines Krankenhausbesuches zu treffen.

Im Bereich des Entlassmanagements können ebenfalls verschiedene Einzelfunktionalitäten umgesetzt werden. Hierzu zählen u. a. Informationen zur etwaigen nachstationären Behandlung, zur Medikamenteneinnahme, Ansprechpartnerinnen und -partnern bei Komplikationen oder pflegerischen Fragen. Entsprechende Plattformen können dem Patientenrecht auf Information und Aufklärung umfassender und anwendungsfreundlicher Rechnung tragen als bisherige papierbasierte Prozesse. Zudem kann durch einen strukturierten Datenaustausch die Überleitung an nachgelagerte Leistungserbringer erleichtert werden.

Die Patientenportale sollen zudem die Überleitung von Patientinnen und Patienten an nachgelagerte Leistungserbringer wie Pflege- und Rehabilitationseinrichtung erleichtern. Eine bürokratiearme und frühzeitige Abstimmung zu benötigter Medikation, Therapie, häuslicher Krankenpflege, Heil- und Hilfsmitteln und weiterer über die Krankenhausversorgung hinausgehender Leistungen etc. zwischen Krankenhaus und in der Versorgung zeitlich nachgelagerter Einrichtung sowie Kostenträgern ist zwingend notwendig, um Versorgungsbrüche zu verhindern. Das elektronische Entlassmanagement wird insoweit auch als Ziel der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) umgesetzt. Anspruchsberechtigt ist bei derartigen Vorhaben allein das Krankenhaus; erstattet werden ausschließlich die auf Seiten des Krankenhauses auftretenden Kosten für eine Anbindung.

Zu Nummer 3

Eine Voraussetzung für die nahtlose Umsetzung eines möglichst hohen Automatisierungsgrades zuvor beschriebener Prozesse ist die Umsetzung einer durchgehend digitalen, strukturierten syntaktisch und semantisch interoperablen Pflege- und Behandlungsdokumentation. Befördert werden sollen Dienste, die einerseits eine Verbesserung des automatisierten und standardisierten Datenaustausches zwischen einzelnen IT-Anwendungen ermöglichen. Andererseits soll die Einführung von Diensten gefördert werden, die eine halbautomatisierte und sprachbasierte Dokumentation unterstützen. Die Förderung umfasst zudem die Anbindung digitaler medizintechnischer Geräte zur automatisierten Datenübermittlung in zentrale elektronische Dokumentationssysteme. Die Verfügbarkeit einer detaillierten (Pflege-)Dokumentation bildet die Grundlage für die Implementierung weiterer digitaler Dienste und soll daher über den gesamten Behandlungsverlauf in digitaler Form zur Verfügung stehen, sofern sich hieraus eine Steigerung der Behandlungsqualität und oder Optimierung der Behandlungsprozesse ergibt.

Zu Nummer 4

Die elektronisch dokumentierten Behandlungsinformationen sollen zudem die Grundlage für die Implementierung teil- und vollautomatisierter Entscheidungsunterstützungssysteme bilden, deren Umsetzung ebenfalls gefördert werden soll. Hierbei wird eine sukzessive Steigerung der Komplexität angestrebt – von der Prüfung von Wechselwirkungen, Abgleich von Checklisten hin zu der Implementierung von Leitlinien oder klinischen Pfaden in die IT-Systeme der Krankenhäuser, die zukünftig um KI-gestützte Dienste erweitert werden sollen.

Zu Nummer 5

Zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit sollen in Krankenhäusern Maßnahmen für ein digitales Medikationsmanagement gefördert werden. Der Medikationsprozess im Krankenhaus ist gekennzeichnet durch eine hohe

Komplexität. Medikationsinformationen werden häufig in unterschiedlichen Informationssystemen und in unterschiedlichem Detailgrad dokumentiert und gespeichert. Ziel soll die Umsetzung eines digitalen, für alle an der Medikation beteiligten Personen sichtbaren, ständig verfügbaren, nachvollziehbaren, geschlossenen und elektronisch verifizierbaren Medikationsprozesses sein. Bereits mit der Umsetzung einzelner Subprozesse kann die Behandlungsqualität gesteigert werden (automatisierte Interaktionsprüfung, Prüfung auf Unverträglichkeiten/Allergien). Gefördert werden können hierbei u. a. zentrale und dezentrale Arzneimittel-Distributions- und Stellsysteme und robotikbasierte Systeme sowie Scan-Systeme zur Verifikation von Einzelschritten des Medikationsprozesses.

Zu Nummer 6

Der Behandlungsprozess innerhalb eines Krankenhauses ist vielfach durch die Beteiligung und Interaktion zahlreicher unterschiedlicher Fachabteilungen gekennzeichnet. Hierbei kommt es zwischen einzelnen Organisationseinheiten immer wieder zu Leistungsanforderungen, beispielsweise hinsichtlich der Arzneimittelversorgung, apparativer oder funktioneller Diagnostik oder labormedizinischer Untersuchungen. Die konsequente digitale Anforderung bzw. elektronische Verordnung und gleichzeitig digitale Rückmeldung von Daten, Ergebnissen und etwaigen Befunden kann die Geschwindigkeit von Kommunikationsprozessen erhöhen und gleichzeitig zu einer Reduktion von Behandlungsfehlern führen und insbesondere im Rahmen der Befundung, Visite oder Versendung unmittelbar digital weiterverarbeitet werden können.

Zu Nummer 7

Es sollen regionale Versorgungsstrukturen gefördert werden, durch die Krankenhäuser ihr Leistungsangebot untereinander derart abstimmen, dass eine flächendeckende, bedarfsgerechte und möglichst spezialisierte stationäre Versorgung gewährleistet werden kann. Durch entsprechende Konzepte, etwa in Gestalt von Krankenhausverbänden, können die Krankenhäuser Doppelstrukturen in bestimmten Leistungsbereichen bereinigen und stattdessen Leistungsschwerpunkte bilden, wodurch die medizinische Behandlungskompetenz erhöht werden kann. Gefördert wird in diesem Zusammenhang zudem der Aufbau einrichtungs- und trägerübergreifender IT-Strukturen, welche mittels sog. Cloud Computing Systeme zentral zur Verfügung gestellt werden. Hierdurch sollen die Prozessqualität erhöht und der Aufbau/Betrieb paralleler IT-Strukturen reduziert werden. Voraussetzung ist hierbei, dass die Vorhaben wettbewerbsrechtlich zulässig sind. Soweit die Infrastruktur den institutionsübergreifenden Austausch medizinischer Daten ermöglichen soll, ist dies auf einzelne Behandlungsfälle von Patientinnen oder Patienten beschränkt. Ein medizinischer Datenaustausch erfolgt zudem nur zwischen medizinischem, aktiv in die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten involviertem Personal. Ein Austausch von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen darf nicht stattfinden.

Zu Nummer 8

Es sollen online-basierte Versorgungsnachweis(Betten-)systeme in Krankenhäusern gefördert werden. Durch derartige Systeme kann ein detaillierter Krankenhaus-Versorgungsnachweis (Bettennachweis) in Echtzeit erbracht und Patientinnen und Patienten, insbesondere in Notfällen, gleichmäßig und bedarfsgerecht entsprechend den verfügbaren Kapazitäten der Krankenhäuser zugeordnet werden. Derartige Versorgungsnachweissysteme spielen insbesondere für die präklinische Versorgung und hierbei für die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern sowie Rettungsdiensten, Leitstellen und anderen Akteuren eine entscheidende Rolle. Einige Bundesländer nutzen bereits ein derartiges System – mehrheitlich den Interdisziplinären Versorgungsnachweis – IVENA health. Um eine flächendeckende Nutzung zu erzielen, ist vorgesehen, dass sowohl der Ausbau bestehender Systeme, wie auch die Einführung neuer Systeme gefördert werden kann.

Zu Nummer 9

Durch diese Regelung kann eine Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen durch eine Förderung telemedizinischer Netzwerke zwischen Krankenhäusern, insbesondere Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen, aber auch zwischen Krankenhäusern sowie ambulanten Versorgungseinrichtungen, erreicht werden. Die Förderung erlaubt insofern auch beispielsweise telemedizinische Netzwerke zwischen Krankenhäusern und Rettungsdiensten.

Zu Nummer 10

Nach Nummer 10 sollen auch Vorhaben gefördert werden, durch die eine Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit erreicht werden kann. Aufgrund der Tatsache, dass der Informationssicherheit von Krankenhäusern, die nicht zu den Kritischen Infrastrukturen gehören und daher keine Förderung über den Krankenhausstrukturfonds erhalten, gleichwohl eine besondere Bedeutung für die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser insbesondere in Pandemiezeiten zukommt, erhalten auch diese Krankenhäuser eine Förderung. Krankenhäuser, die als Kritische

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Infrastrukturen nach dem Krankenhausstrukturfonds förderfähig sind, sind von Förderung über den Krankenhaus-zukunftsfonds ausgeschlossen.

Zu Nummer 11

Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass viele Krankenhäuser aufgrund ihrer räumlichen Gegebenheiten nicht optimal auf die besonderen Behandlungserfordernisse im Fall einer Epidemie eingestellt sind. Dies hat seinen Grund insbesondere darin, dass vielfach noch eine Belegung von Patientenzimmern mit drei oder mehr Betten stattfindet. In diesen Zimmern können die im Fall einer Epidemie maßgeblichen Abstandsregeln aber nicht und die Hygieneanforderungen nur schwer eingehalten werden. Durch die Regelung können Krankenhäuser daher bei entsprechenden Umbaumaßnahmen unterstützt werden, mit denen die Patientenzimmer für den Fall einer Epidemie ertüchtigt werden. Dies kann auch den Einbau erforderlicher Schleusen vor Patientenzimmern umfassen. Förderungsfähig sind diese Maßnahmen aber nur, wenn sich durch die Reduzierung der Bettenzahl in den betroffenen Patientenzimmern auch die Zahl der krankenhauplanerisch, durch das Land gegenüber dem Krankenhaus-träger per Bescheid, festgesetzten Betten insgesamt entsprechend verringert. Auf diese Weise kann die Förderung der Vorhaben auch zu einer Verringerung eines bestehenden Bettenüberhangs beitragen.

Satz 2 regelt, das Vorhaben an Hochschulkliniken sowie unter Beteiligung von Hochschulkliniken gefördert werden können. Für diese Vorhaben dürfen die Länder dabei maximal 10 Prozent der nach § 14a Absatz 3 Satz 1 KHG zustehenden Mittel verwenden. Aufgrund des grundsätzlichen untrennbaren Zusammenhangs ihrer Aufgabenstellung in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung in die der entsprechenden ausschließlichen Verantwortung der Länder, haben die Länder die Mittel für Investitionen sowie für Forschung und Lehre getrennt auszuweisen.

Zu Absatz 2

Die Soft- und Hardware in Krankenhäusern sind oft inselartig umgesetzt. Daraus ergeben sich viele separate Datenhaltungslösungen und viele voneinander unabhängige, aber gleichartige Arbeitsabläufe. Hierdurch kommt es bei einem Datenaustausch zwischen den verschiedenen Systemen zu Medienbrüchen, weshalb in der Folge Daten mehrfach erfasst werden müssen, Neben den damit verbundenen erheblichen Aufwänden – sowohl für die Versicherten als auch die Leistungserbringer des Gesundheitswesens – können Erfassungsfehler entstehen. Die Notwendigkeit einer Interoperabilität mit Primärsoftwaresystemen besteht auch bei vor- und nachgelagerten Leistungserbringern. Konkret soll der Datenaustausch mit bereits etablierten Softwarelösungen vor Ort insbesondere bei Ärztenetzen, Heilmittelerbringern, Reha- oder Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden. Medienbrüche sind im Sinne der Patientensicherheit sektorenübergreifend zu vermeiden. Mit der zwingenden Voraussetzung der Interoperabilität wird die Grundlage dafür geschaffen, so dass Informationen künftig leichter, schneller und auf Basis anerkannter internationaler Standards ausgetauscht werden können. Die Standards sind in der Rechtsverordnung nach § 291d Absatz 1b SGB V weiter zu konkretisieren.

Datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere im Hinblick auf die Vorgaben der Art. 5, 25, 32 DSGVO sowie die Umsetzung der Betroffenenrechte des Kapitel III der DSGVO sind einzuhalten. Durch die Klarstellung, dass auch die Erfüllung datenschutzrechtlicher Vorgaben als Kriterium für die Förderfähigkeit gilt, soll gewährleistet werden, dass beim Einsatz digitaler Technologien der Datenschutz von vorneherein mitgedacht wird und die gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden und auch die Rechte der betroffenen Patientinnen und Patienten hinreichend gewahrt werden.

Zu Absatz 3

Im Rahmen der Vorhaben sind die Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem SGB V zu verwenden, sobald diese zur Verfügung stehen. Die Telematikinfrastruktur wird schrittweise ausgebaut. Durch die Nutzungsverpflichtung ist gewährleistet, dass bestehende und zukünftige Dienste effektiv genutzt werden und das Entstehen etwaiger Parallelstrukturen vermieden wird.

Zu § 20

Die Regelung beschreibt die für alle Vorhaben geltenden förderungsfähigen Kosten und sieht für einzelne Fördervorhaben zudem spezielle förderungsfähige Kosten vor.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die erstattungsfähigen Kosten bei den in § 19 Absatz 1 genannten Vorhaben.

Nummer 1 sieht vor, dass für alle Fördervorhaben Kosten für technische und informationstechnische Maßnahmen förderfähig sind, soweit diese für die Realisierung des jeweiligen Vorhabens erforderlich sind.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Informations- und Kommunikationstechnologien unterliegen einem Lebenszyklus, der sich u. a. von der Entwicklung und Einführung über die Wartung und Pflege bis hin zur Abschaltung erstreckt. Bei all diesen Teilprozessen können personelle Maßnahmen betroffen sein, sofern nicht ausschließlich Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Durch die Regelung in Nummer 2 wird deutlich gemacht, dass auch personelle Maßnahmen förderfähig sind, sofern sie im unmittelbaren und direkten Sachzusammenhang mit der Entwicklung, der Wartung und Pflege bzw. Abschaltung von Informations- und Kommunikationstechnologien stehen. Ergänzend förderfähig sind zudem Maßnahmen zur Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, damit diese sach- und zweckgerecht die Informations- und Kommunikationstechnologien anwenden können.

Bei allen Vorhaben können nach Nummer 3 erforderliche Kosten für räumliche Maßnahmen gefördert werden. Angesichts der Vielgestaltigkeit möglicher Fördervorhaben wird mit dem Ziel, schwerpunktmäßig die den Vorhaben innewohnenden digitalen oder innovativen Verbesserungen, und nicht primär nur bauliche Veränderungen, zu fördern, geregelt, dass maximal 10 Prozent der Fördermittel für räumliche Maßnahmen aufgewendet werden dürfen.

Kosten, die für die Beschaffung von Nachweisen nach § 25 über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel anfallen, sind nach Nummer 4 förderfähig. Im Wesentlichen betrifft dies Kosten für solche Nachweise, die bereits im Rahmen der Förderung nach dem Krankenhausstrukturfonds vorgesehen sind. Zusätzlich können künftig hierüber aber auch Kosten gefördert werden für beauftragte, berechnete IT-Dienstleister, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben sowie der Förderrichtlinien des BAS ausweisen.

Zu Absatz 2

Förderfähig nach Satz 1 sind im Rahmen von Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 7 insbesondere Bereitstellungs- sowie Anbindungskosten eines Krankenhauses oder anderer Leistungserbringer an das System sowie Kosten, die für die Nutzung des Systems anfallen. Förderfähig nach Satz 2 sind bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 9 und 10 insbesondere die Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung von informations- oder kommunikationstechnischen Anlagen, die zum Aufbau telemedizinischer Netzwerke sowie der Sicherung der für die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses maßgeblichen Prozesse anfallen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt auch die entsprechende Geltung der bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Bestimmungen über weitere förderfähige Kosten, Aufwendungen für Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten eines zur Finanzierung aufgenommenen Darlehens eines Krankenhausträgers, sowie die bei der Verwendung der Fördermittel zu beachtenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auf die Förderung aus dem Krankenhauszukunftsfonds.

Zu § 21

§ 21 übernimmt im Wesentlichen die bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Regelungen in Bezug auf die Verwaltungsaufgaben des BAS.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht vor, dass das BAS die auf die einzelnen Länder entfallenden Fördermittel des Krankenhauszukunftsfonds online veröffentlicht.

Zu Absatz 2

Für die Durchführung der Förderung nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 hat das BAS bis zum 30. November 2020 Förderrichtlinien zu erlassen, in denen die Voraussetzungen für eine Förderung der einzelnen digitalen Dienste konkretisiert werden. Der zeitnahe Erlass dieser Richtlinien ist erforderlich, um die Anforderungen an die Förderung der einzelnen Vorhaben zu vereinheitlichen und diese zeitnah beginnen zu können. Für die Vorbereitung dieser Richtlinie kann das BAS sich der Unterstützung externer Sachverständiger bedienen. Die für den Erlass der Richtlinien entstehenden notwendigen Kosten, insbesondere die Kosten für die Heranziehung von Sachverständigen, werden dem BAS, ebenso wie die übrigen Kosten für die Durchführung der Förderung, aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds erstattet.

Zu Absatz 3

Es wird geregelt, dass das BAS seine voraussichtlich entstehenden Aufwendungen aus der Verwaltung des Krankenhauszukunftsfonds zeitnah schätzt und diese jährlich an die tatsächlich entstandenen Ausgaben anpasst.

Zu Absatz 4

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Absatz 4 sieht vor, dass das BAS das Fördergeschehen in zusammengefasster Form regelmäßig auf seiner Internetseite veröffentlicht. Dies betrifft die Anzahl sowie die Gegenstände der gestellten Anträge sowie die Höhe der beantragten sowie vonseiten des BAS bewilligten Fördermittel, jeweils gesamt und nach Ländern und Vorhaben sowie länderübergreifenden Vorhaben differenziert. Dabei ist auch die Höhe der durch die Länder bereitgestellten Fördermittel (Anteil an der Ko-Finanzierung) anzugeben. Zudem sind die Fördermittel für Vorhaben von Hochschulkliniken sowie solche, an denen diese beteiligt sind, gesondert auszuweisen.

Zu Absatz 5

Die IT-Dienstleister, die für das Krankenhaus die geförderten Digitalisierungsvorhaben umsetzen sollen, können aufgrund ihrer Sachnähe zu den Inhalten des jeweiligen IT-Projektes am besten beurteilen, was die neu installierten und implementierten IT-Komponenten leisten können und zum Ziel haben. Den IT-Dienstleistern fehlen jedoch bislang vertiefte Kenntnisse über die konkreten Vorhaben, die nach dem Krankenhauszukunftsfonds gefördert werden können.

Aufgrund der Sachnähe der IT-Dienstleister erscheint es notwendig, dass diese über die konkreten Inhalte des geplanten IT-Projektes Auskunft in Form einer Bestätigung geben. Um den Prüfaufwand für das BAS so gering wie möglich zu halten, sollen die IT-Dienstleister vorab über die Inhalte der Fördertatbestände des KHZF geschult werden (bspw. in einer kurzen Online-Schulung/Webinar), damit diese einen ausreichenden Kenntnisstand zum KHZF zu haben, um eine Passfähigkeit des konkreten IT-Projektes mit einem der Fördertatbestände bewerten und sodann bestätigen zu können.

Bei der Berechtigungserteilung ist sicherzustellen, dass die Inhalte und Anforderungen an die Berechtigungserteilung in einem angemessenen sachlichen und zeitlichen Verhältnis zu den zu erreichenden Förderzielen liegen. Der Erwerb der Berechtigung soll durch einen Online-Fragebogen zu den Voraussetzungen und Inhalten der Fördervorhaben bei geringem Zeitaufwand zu erwerben sein (Zeithorizont: etwa eine Stunde für die gesamte Unterweisung, also der Online-Schulung und anschließender kurzer Überprüfung des aufgenommenen Wissens anhand eines Online-Fragebogens). Durch die Unterweisung der IT-Dienstleister sollen diese befähigt werden, zu bewerten, ob die Fördervorhaben sowohl mit Blick auf die Ziele der Förderung aber auch mit Blick auf die zeitlichen, finanziellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen realisiert werden können. Werden für die Umsetzung eines förderfähigen Vorhabens mehrere Dienstleister (ggf. im Unterauftragsverhältnis) tätig, so reicht die Berechtigung des hauptsächlich tätigen Dienstleisters aus, sofern dieser gegenüber den anderen beteiligten Dienstleistern über entsprechende Steuerungs- und Controllingkompetenzen bzw. -befugnisse verfügt, um die Ziele des Vorhabens zu erreichen.

Das Schulungsprogramm ist vom BAS auszugestalten und bereitzustellen. Hierfür kann es sich insbesondere zur medialen Aufbereitung des Schulungsinhaltes der Unterstützung Dritter (insb. einer Agentur für Webseiten-Gestaltung und Online-Schulungen) bedienen.

Zu Absatz 6

Die KfW wird vom BAS beauftragt, Darlehen zur Finanzierung von Vorhaben, die aus dem Krankenhauszukunftsfonds gefördert werden, bereitzustellen. Über das Kreditprogramm der KfW können auch weitere Finanzierungspartner und -programme auf EU-Ebene eingebunden werden. Ein großer Vorteil der Darlehensfinanzierung ist, dass Mehrausgaben der Finanzierungspartner über einen längeren Zeitraum im Rahmen der Tilgung gestreckt werden könnten und somit die jährliche Belastung in den Anfangsjahren deutlich gedämpft werden kann.

Zu § 22

Die Vorschrift enthält die Voraussetzungen, die für eine ordnungsgemäße Antragstellung zu erfüllen sind.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht eine Antragsfrist für die Länder bis 31. Dezember 2021 vor.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift konkretisiert, welche Unterlagen einem Antrag beizufügen sind, damit die Anträge vom BAS geprüft werden können.

Die Nachweise in Nummer 4, 6 und 8 müssen durch eine Bestätigung eines beauftragten, berechtigten Dienstleisters erfolgen. Berechtigte Dienstleister haben ihre Befähigung, Informations- und Kommunikationstechnologien

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

im Sinne des § 19 entwickeln und implementieren zu können, durch eine Berechtigungserteilung des BAS nachzuweisen (vgl. Zertifizierungsverfahren nach § 21 Absatz 5). Die Bestätigung ist von dem Mitarbeiter oder der Mitarbeiterin des IT-Dienstleisters auszustellen, die an der Schulung des BAS erfolgreich teilgenommen hat.

Nummer 1 sieht einen Nachweis über die Bereitstellung der erforderlichen Landesinvestitionsmittel sowie die Erhöhung dieser Mittel um die Ko-Finanzierung vor. Parallel dazu hat das antragstellende Land oder der Krankenhausträger zuzusichern, dass es bzw. er mindestens 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens tragen wird bzw. dass die den Anteil gemeinsam tragen. Sinn und Zweck der Beibringung dieser Unterlagen ist schlussendlich, eine Aufnahme von Mitteln auf einer begleitenden Kreditförderung (etwa zur Aufbringung des Ko-Finanzierungsanteils) zu ermöglichen. Krankenhausträger, die zur Mittelaufbringung einen Kredit aufnehmen wollen, sollen mit ihrer Zusicherung der Kostentragung gegenüber dem Land ihren Förderbedarf anmelden können; sodann soll das Land vom BAS einen positiven Förderbescheid erhalten können, mit welchem wiederum der Krankenhausträger gegenüber der KfW oder einer anderen Förderbank zur Bonitätsprüfung im Rahmen der Kreditantragstellung vorstellig werden kann.

Nummer 2 verlangt Nachweise darüber, dass und inwiefern ein Anteil in Höhe von mindestens 15 Prozent für IT-Maßnahmen eingesetzt wird.

Nummer 3 sieht Nachweise über die mit der Anpassung der Notaufnahme an den Stand der Technik verbundenen Maßnahmen vor.

Nummer 4 sieht Nachweise über die Etablierung digitaler Dienste nach § 19 Absatz 1 Nummer 2 bis 6 vor. Der Nachweis muss durch eine Bestätigung eines beauftragten, berechtigten Dienstleisters erfolgen. Berechtigte Dienstleister haben ihre Befähigung, Informations- und Kommunikationstechnologien im Sinne des § 19 entwickeln und implementieren zu können, durch eine Zertifizierung nachzuweisen.

Nummer 5 sieht die notwendige Bestätigung vor, dass das Konzept zur Abstimmung des Leistungsangebots mehrerer Krankenhäuser wettbewerbsrechtlich zulässig sein muss.

Nummer 6 sieht Nachweise, insbesondere eine Bestätigung, über das Bestehen der technischen Voraussetzungen für die Anbindung und Nutzung des Versorgungsnachweis(Betten-)systems vor.

Nummer 7 verlangt eine Bestätigung über die tatsächliche Verwendung der TI-Dienste, sobald diese zur Verfügung stehen.

Nummer 8 sieht eine Bestätigung vor über die Erforderlichkeit der Anpassung der informationstechnischen Systeme des Krankenhauses an den Stand der Technik.

Nach Nummer 9 ist die Verringerung der der krankenhausplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses durch Vorlage des Feststellungsbescheides nachzuweisen.

Wird ein Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens durch den Krankenhausträger finanziert, können Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds bis zur Höhe des Betrags gewährt werden, der dem Barwert der in den ersten zehn Jahren nach der Darlehensaufnahme aufzuwendenden Zinsen, Tilgungsleistungen und Verwaltungskosten entspricht. Die Ermittlung des Barwerts hat nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zu erfolgen. Die Begrenzung auf zehn Jahre trägt dem Umstand Rechnung, dass bei einem längeren Zeitraum die der Ermittlung des Barwerts zu Grunde zu legenden versicherungsmathematischen Annahmen unsicherer werden mit der Folge, dass auch die Ermittlung der Höhe des Barwerts unzuverlässiger wird. Die Berechnung des Barwerts einschließlich einer Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsmathematischen Annahmen ist dem BAS nach Nummer 10 als Teil der Antragsunterlagen vorzulegen.

Nummer 11 sieht zusätzliche Erklärungen für länderübergreifende Vorhaben vor. Dazu zählen der Umfang, in dem die beteiligten Länder die Ko-Finanzierung des Vorhabens übernehmen, das Verhältnis der Fördermittel, die an die beteiligten Länder auszuführen sind sowie die Erklärung, in welchem Umfang im Falle einer Rückzahlung von Beträgen diese durch die jeweils beteiligten Länder aufgebracht werden.

Zu § 23

Die Vorschrift enthält im Wesentlichen die bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Regelungen zu den Auszahlungsbescheiden des BAS.

Zu Absatz 1

Die Regelung verweist auf § 6 Absatz 1 und enthält Vorgaben für die Ausgestaltung der Bescheide sowie die Auszahlung durch das BAS.

Zu Absatz 2

Die Regelung enthält Vorgaben in Bezug auf die Ausgestaltung der Bescheide des BAS mit einem Rückforderungsvorbehalt. Die Regelung entspricht inhaltlich im Wesentlichen den bereits im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds geltenden Vorgaben.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht vor, dass die Länder unverzüglich, spätestens binnen 15 Monaten nach Erhalt der Fördermittel durch das BAS diesem ihren Landesförderbescheid vorzulegen haben. Die Regelung dient insofern der Beschleunigung des Verfahrens und der Sicherstellung, dass bereitgestellte Fördermittel zeitnah zur Umsetzung der Vorhaben führen. Kann der Förderbescheid innerhalb dieser Frist nicht vorgelegt werden, ist davon auszugehen, dass kein vordringlicher Bedarf für das Vorhaben besteht, sodass das Bundesamt für Soziale Sicherung die Möglichkeit hat, den ausgezahlten Betrag zurückzufordern.

Zu § 24

Zu Absatz 1

Für die Rücknahme oder den Widerruf von Auszahlungsbescheiden des Bundesamtes für Soziale Sicherung und für die Erstattung von Fördermitteln gelten die §§ 44 bis 51 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Absatz 2

Absatz 2 überträgt die bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Regelungen zur Rückforderung von Bescheiden im Wesentlichen inhaltsgleich auf die Förderung über den Krankenhauszukunftsfonds. Dies gilt auch für die Rückforderung im Falle von länderübergreifenden Vorhaben. Zusätzlich ist das BAS befugt, im Fall der Nicht-Vorlage des Landesförderbescheids nach § 23 Absatz 3 ebenfalls die Mittel zurückzufordern.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift überträgt die für den Krankenhausstrukturfonds geltende Regelung, wonach die aus dem Strukturfonds gewährten Fördermittel von den Ländern als Haushaltseinnahmen zu vereinnahmen sind.

Zu § 25

Zu Absatz 1

Die Regelung überträgt überwiegend die bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Vorgaben zur Erbringung von Nachweisen über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel. Die entsprechenden Nachweise sind jährlich zum 1. April, erstmals zum 1. April 2021, zu erbringen. Nach Absatz 1 Nummer 2 sind zusätzlich Nachweise des oder der beauftragten IT-Dienstleister über die Einhaltung der Anforderungen nach § 19 Absatz 1 sowie Nachweise über die Einhaltung der durch das BAS erlassenen Förderrichtlinien zu erbringen. Als Erfüllungsaufwand im Sinne des Absatzes 1 Nummer 6 sind der messbare Zeitaufwand und die Kosten anzusehen, die für die Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Durchführung der Regelungen zum Krankenhauszukunftsfonds entstehen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 ermächtigt die Länder, durch geeignete Maßnahmen die Richtigkeit eines Verwendungsnachweises durch den Krankenhausträger zu überprüfen. Welche Befugnisse den Ländern zur Prüfung zustehen, ergibt sich aus § 14a Absatz 4 Satz 6 KHG.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Durch die andauernde SARS-CoV-2-Pandemie und die in diesem Zusammenhang häufigere Inanspruchnahme des Kinderkrankengeldes erweist sich die bestehende Regelung hinsichtlich des Leistungszeitraums als nicht ausreichend. Mit der zeitlich auf das Jahr 2020 begrenzten Ausdehnung des Leistungszeitraums wird der Situation Rechnung getragen, dass die Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes im Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen häufiger erforderlich sein kann.

Zu Nummer 2

§ 136a Absatz 2 SGB V verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu bestimmen. Zur Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags hat der G-BA am 19. September 2019 die Erstfassung einer Personalausstattung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

wenn die materiellen Voraussetzungen vorliegen und nicht etwa lediglich die Formerleichterung des § 16 Absatz 5 in Anspruch genommen wurde. Die Zustimmung des Arbeitgebers ist in diesem Fall entbehrlich. Die Höchstdauer beziehungsweise die Gesamtdauer von 24 Monaten dürfen nicht überschritten werden. Die Ankündigungsfrist richtet sich nach § 2 a Absatz 1.

Zu Absatz 2

Beschäftigten, die während der Pandemie auf der Grundlage der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie eine Pflegezeit in Anspruch genommen haben, wird die Inanspruchnahme einer Familienpflegezeit ermöglicht, ohne dass es eines unmittelbaren Anschlusses bedarf. Damit können bislang nicht genutzte Monate bis zur Gesamtdauer weiterhin in Anspruch genommen werden.

Zu Absatz 3

Beschäftigten, die während der Pandemie auf der Grundlage der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie eine Familienpflegezeit genutzt haben, wird die Inanspruchnahme einer Pflegezeit ohne unmittelbaren Anschluss ermöglicht. Damit können bislang nicht genutzte Monate bis zur Höchstdauer beziehungsweise Gesamtdauer weiterhin in Anspruch genommen werden.

Zu Nummer 2

Aufgrund des sich fortsetzenden Infektionsgeschehens und der andauernden COVID-19-Pandemie werden auf Antrag im Zeitraum vom 1. März 2020 bis 31. Dezember 2020 Kalendermonate bei der Berechnung des durchschnittlichen Arbeitsentgelts zum Beispiel aufgrund von Kurzarbeitergeld durch das Bundesamt für zivilgesellschaftliche Aufgaben außer Betracht gelassen. Der Zusammenhang des geringeren Arbeitsentgelts mit der COVID-19-Pandemie wird weiterhin vermutet.

Zu Nummer 3

Zu Absatz 1

Eine vorübergehende Unterschreitung der wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden auch auf null, längstens für einen Monat, wird weiterhin ermöglicht, damit Beschäftigte im Rahmen der Familienpflegezeit ihre nahen Angehörigen pflegen und betreuen können.

Zu Absatz 2

Die Ankündigungsfrist liegt weiterhin bei zehn Arbeitstagen, um in Zeiten der COVID-19-Pandemie schneller auf veränderte Umstände reagieren zu können. Die Ankündigung in Textform (§ 126b des Bürgerlichen Gesetzbuchs) statt in Schriftform stellt ebenfalls in Zeiten der Pandemie eine Erleichterung für die Beschäftigten dar.

Zu Absatz 3

Aufgrund der andauernden Pandemie werden Familienpflegezeit und Pflegezeit vorübergehend dahingehend flexibilisiert, dass die oder der Beschäftigte das Recht hat, mit Zustimmung des Arbeitgebers Familienpflegezeit nach einer beendeten Pflegezeit in Anspruch zu nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit kann längstens bis zum 31. Dezember 2020 in Anspruch genommen werden. Die Gesamtdauer von 24 Monaten darf nicht überschritten werden.

Zu Absatz 4

Aufgrund der andauernden Pandemie werden Familienpflegezeit und Pflegezeit vorübergehend dahingehend flexibilisiert, dass die oder der Beschäftigte das Recht hat, mit Zustimmung des Arbeitgebers Pflegezeit nach einer beendeten Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit kann längstens bis zum 31. Dezember 2020 in Anspruch genommen werden. Die Gesamtdauer von 24 Monaten und die Höchstdauer dürfen nicht überschritten werden.

Zu Absatz 5

Eine Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten in Textform (§ 126b Bürgerliches Gesetzbuch) erleichtert das Treffen einer Vereinbarung über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit.

Zu Absatz 6

Beschäftigten, die bereits eine Familienpflegezeit in Anspruch genommen und beendet haben, wird eine einmalige erneute Inanspruchnahme von Familienpflegezeit mit Zustimmung des Arbeitgebers ermöglicht. Damit können bislang nicht genutzte Monate bis zur Gesamtdauer in der COVID-19-Pandemie bis zum 31. Dezember 2020 weiterhin in Anspruch genommen werden.

Zu Artikel 9 (Weitere Änderung des Familienpflegezeitgesetzes)

Aufhebung des § 16 des Familienpflegezeitgesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564), das zuletzt durch Artikel 8 dieses Gesetzes geändert worden ist, da dieser zeitlich auf das Kalenderjahr 2020 begrenzt ist.

Zu Artikel 10 (Änderung des Pflegezeitgesetzes)

Zu Nummer 1

Zu Absatz 1

Beschäftigte haben nach einer beendeten Pflegezeit einen Rechtsanspruch auf Freistellung für Restzeiten von Pflegezeit für die Pflege oder Betreuung desselben nahen Angehörigen, wenn die Freistellung auf der Grundlage der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie erfolgte - sowohl nach § 9 in der bis 30. September geltenden Fassung als auch nach der bis 31. Dezember 2020 geltenden Fassung, jedoch jeweils nur dann, wenn die materiellen Voraussetzungen vorliegen und nicht etwa lediglich die Formerleichterung des § 9 Absatz 6 in Anspruch genommen wurde. Die Zustimmung des Arbeitgebers ist in diesem Fall entbehrlich. Die Höchstdauer beziehungsweise die Gesamtdauer von 24 Monaten dürfen nicht überschritten werden. Die Ankündigungsfrist richtet sich nach § 3 Absatz 3.

Zu Absatz 2

Beschäftigten, die während der Pandemie auf der Grundlage der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie eine Pflegezeit in Anspruch genommen haben, wird die Inanspruchnahme einer Familienpflegezeit ermöglicht, ohne dass es eines unmittelbaren Anschlusses bedarf. Damit können bislang nicht genutzte Monate bis zur Gesamtdauer weiterhin in Anspruch genommen werden.

Zu Absatz 3

Beschäftigten, die während der Pandemie auf der Grundlage der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie eine Familienpflegezeit genutzt haben, wird die Inanspruchnahme einer Pflegezeit ohne unmittelbaren Anschluss ermöglicht. Damit können bislang nicht genutzte Monate bis zur Höchst- beziehungsweise Gesamtdauer weiterhin in Anspruch genommen werden.

Zu Nummer 2

Zu Absatz 1

Im Zuge der COVID-19-Pandemie können Landesregierungen oder die örtlich zuständigen Behörden die Schließung von stationären Pflegeeinrichtungen verfügen. Die andauernde epidemische Lage nationaler Tragweite und steigende Infektionszahlen führen zu einer erneuten Verschärfung der Lage. Beschäftigte müssen daher die Pflege ihrer zu Hause lebenden Angehörigen weiterhin sicherstellen und neu organisieren. Auch ambulante Pflegedienste sind gegebenenfalls nicht mehr in dem gewohnten Umfang verfügbar. Daher soll während der Phase der COVID-19-Pandemie das Recht, der Arbeit zur Bewältigung einer pandemiebedingten akuten Pflegesituation bis zu 20 Arbeitstage fernzubleiben, weiterhin bis zum 31. Dezember 2020 bestehen. Es wird vermutet, dass die akute Pflegesituation pandemiebedingt besteht. Wird die Vermutung widerlegt, wenn beispielsweise bekannt ist, dass es an einem Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie fehlt, kann diese Regelung nicht in Anspruch genommen werden. Das kann etwa der Fall sein, wenn die Inanspruchnahme nicht erforderlich war, um die häusliche Pflege sicherzustellen oder zu organisieren.

Zu Absatz 2

Mit der Regelung wird abweichend von der Regelung des § 44a Sozialgesetzbuch 11 auch auf die Bestimmung des § 150 Absatz 5d Sätze 1 und 2 Sozialgesetzbuch 11 verwiesen, wonach das Pflegeunterstützungsgeld bei Corona bedingten Versorgungsengpässen für bis zu zwanzig Arbeitstage in Anspruch genommen werden kann, unabhängig davon, ob eine akute Pflegesituation im Sinne von § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz vorliegt.

Zu Absatz 3

Die Ankündigung in Textform (§ 126b des Bürgerlichen Gesetzbuchs) statt der Schriftform stellt insbesondere in Zeiten der Pandemie eine Vereinfachung für die Beschäftigten bei der Ankündigung von Pflegezeit dar.

Zu Absatz 4

Familienpflegezeit und Pflegezeit von sechs Monaten werden vorübergehend weiterhin dahingehend flexibilisiert, dass die oder der Beschäftigte das Recht hat, mit Zustimmung des Arbeitgebers Familienpflegezeit nach einer Pflegezeit in Anspruch zu nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit muss spätestens zum 31. Dezember 2020 enden.

Zu Absatz 5

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschäftigte können mit Zustimmung des Arbeitgebers Pflegezeit oder eine Freistellung nach § 3 Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes weiterhin nach einer Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, ohne dass ein unmittelbarer Anschluss erforderlich ist. Die Höchstdauer der Pflegezeit wie auch die Gesamtdauer der Freistellung von 24 Monaten dürfen nicht überschritten werden. Die Pflegezeit muss spätestens zum 31. Dezember 2020 enden.

Zu Absatz 6

Die Vereinbarung in Textform (§ 126b des Bürgerlichen Gesetzbuchs) statt der schriftlichen Form stellt insbesondere in Zeiten der Pandemie eine Vereinfachung dar.

Zu Absatz 7

Die Regelung ermöglicht weiterhin eine Inanspruchnahme von Pflegezeit für die Pflege oder Betreuung desselben nahen Angehörigen, auch wenn eine bereits in Anspruch genommene Pflegezeit nach den Sonderregelungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie beendet ist. Hierbei darf insgesamt die Höchstdauer der Pflegezeit von sechs Monaten und die Gesamtdauer von 24 Monaten nicht überschritten werden und die Pflegezeit muss spätestens bis 31. Dezember 2020 beendet worden sein.

Zu Artikel 11 (Weitere Änderung des Pflegezeitgesetzes)

Die Regelung hebt § 9 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 10 dieses Gesetzes geändert worden ist, auf, da dieser zeitlich auf das Kalenderjahr 2020 begrenzt ist.

Zu Artikel 12 (Änderung des Bundeskindergeldgesetzes)

Im Rahmen des Gesetzes für den erleichterten Zugang zu sozialer Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 (Sozialschutz-Paket) vom 27. März 2020 wurde geregelt, dass bei Anträgen auf Kinderzuschlag, die in der Zeit vom 1. April bis zum 30. September 2020 eingehen, eine vereinfachte Vermögensprüfung erfolgt. Gleiches gilt im Anwendungsbereich des SGB II für Fälle, in denen der Bewilligungszeitraum in der Zeit vom 1. März 2020 bis 30. September 2020 beginnt.

Diese vereinfachte Vermögensprüfung sieht vor, dass die Vermögensprüfung ausgesetzt wird, sofern die antragstellende Person nicht angibt, über erhebliches Vermögen zu verfügen. Dies ist eine unbürokratische Hilfe bei den entsprechenden Fällen. Bei durch die Krise verursachten Einnahmeausfällen sollen Betroffene gerade nicht erst ihr Vermögen einsetzen müssen, bevor staatliche Hilfen in Anspruch genommen werden können. Zudem werden Betroffene und auch die Familienkassen von dem mit der Vermögensprüfung verbundenen Aufwand entlastet.

Analog zu der am 25. August 2020 vom Koalitionsausschuss beschlossenen Verlängerung des erleichterten Zugangs in die Grundsicherungssysteme wird die im Kinderzuschlag seit 1. April 2020 geltende vereinfachte Vermögensprüfung über den 30. September 2020 hinaus bis zum 31. Dezember 2020 verlängert; im Anwendungsbereich des SGB II wird dies über die Verordnungsermächtigung aus § 67 Absatz 6 SGB II erfolgen. Dadurch wird den weiterhin bestehenden pandemiebedingten Einschränkungen Rechnung getragen. Zudem werden sowohl die Bürgerinnen und Bürger als auch die Familienkassen bei der Antragstellung bzw. Bearbeitung entlastet, um eine schnellere und unbürokratische Aufgabenerledigung zu gewährleisten.

Zu Artikel 13 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt mit Ausnahme der Regelungen in Absatz 2 und Absatz 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Artikel 5 und Artikel 8 Nummer 2 treten mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 in Kraft, da die Befristung der Regelungen am 30. September 2020 ausläuft.

Zu Absatz 3

Die Regelung des § 45 Absatz 2a SGB V zur Verlängerung des Leistungszeitraums des Kinderkrankengeldes ist zeitlich auf das Kalenderjahr 2020 begrenzt und wird daher zum 1. Januar 2021 aufgehoben. Die Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie in § 16 FPfZG und § 9 PflegeZG sind zeitlich auf das Kalenderjahr 2020 begrenzt und werden daher zum 1. Januar 2021 aufgehoben.