

Beschlussempfehlung und Bericht
des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) **zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung**
– Drucksachen 18/9528, 18/9837, 18/10102 Nr. 2 –

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

- b) **zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
– Drucksache 18/9671 –

Psychisch erkrankte Menschen besser versorgen – Jetzt Hilfenetz weiterentwickeln

A. Problem

Zu Buchstabe a

Der Gesetzentwurf zielt nach Angaben der Bundesregierung auf die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen ab. Ziel sei es, die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern.

Zu Buchstabe b

Seit seiner Einführung im Jahr 2013 wird das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) heftig kritisiert, weil es die sehr individuellen und altersspezifisch entwicklungsabhängigen Verläufe von psychischen Erkrankungen nicht angemessen berücksichtigt und daher die große Gefahr besteht, dass insbesondere Menschen mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankun-

gen sowie Kinder und Jugendliche aus ökonomischen Gründen nicht mehr individuell angemessen behandelt werden, so die Auffassung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen stoppe die bisherige Fehlentwicklung und sei insofern ein Schritt in die richtige Richtung. Die Neuausrichtung hin zu einem Budgetsystem werde allerdings nicht konsequent vollzogen. Außerdem fehlten ambulante Angebote, die es ermöglichen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen und Krisen ambulant ausreichend intensiv zu behandeln, um stationäre Aufnahmen im Vorfeld zu vermeiden.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Die Rahmenbedingungen für die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) sollen weiterentwickelt werden. An dem Ziel der leistungsorientierten Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen soll festgehalten werden. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen soll entfallen und die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt werden. Eine sektorenübergreifende Versorgung soll gefördert werden. Im Einzelnen ist vorgesehen, das Entgeltsystem als Budgetsystem auszugestalten. Dabei sollen die Budgets einzelner Einrichtungen unter Berücksichtigung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung vereinbart werden. Als Transparenzinstrument ist ein leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern vorgesehen. Mit verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung soll zu einer leitliniengerechten Behandlung beigetragen werden. Das Entgeltsystem soll auf der Grundlage empirischer Daten kalkuliert werden, verbunden mit der Vorgabe, dass die Erfüllung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation sein soll. Außerdem soll die Möglichkeit zur Anwendung des Psych-Entgeltsystems auf freiwilliger Grundlage um ein Jahr verlängert werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/9528, 18/9837 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen soll der Entwurf des PsychVVG so geändert werden, dass die Neuausrichtung des Entgeltsystems eine personenzentrierte, qualitätsgesicherte, leitliniengerechte und effiziente Behandlung gewährleistet. Die Parameter zum Zwecke der Budgetfindung sollen deshalb so ausgewählt werden, dass sie individuelle Ausformungen und Verläufe psychiatrischer Störungsbilder berücksichtigen und keine ökonomischen Fehlanreize zu nicht indizierten Therapiebegrenzungen oder Leistungsausweitungen setzen. Außerdem soll bis zum Vorliegen aktualisierter Personalstandards von den Krankenhäusern die Umsetzung der Personalstandards zur Psych-PV auch gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sein. Der zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und der UN-Kinderrechtskonvention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderliche Personalbedarf soll gesondert erfasst und vergütet werden. Ambulante Unterstützungs- und Behandlungsangebote unter besonderer

Berücksichtigung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, die es ermöglichen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen und Krisen ambulant ausreichend intensiv zu behandeln und damit eine stationäre Aufnahme zu vermeiden, sollen ausgebaut werden. Hierfür sollen im SGB V rechtliche Vorgaben für Modellvorhaben der ambulanten Versorgung geschaffen werden, die der Entwicklung regional koordinierter und aufeinander abgestimmter Angebote der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen integrativen Unterstützung und Behandlung sowie der akuten Krisenhilfe für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf dienen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/9671 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/9528, 18/9837.

Zu Buchstabe b

Annahme des Antrags auf Drucksache 18/9671.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für Bund, Länder und Gemeinden können aus den Maßnahmen dieses Gesetzes im Jahr 2017 zusätzliche Ausgaben in Höhe von insgesamt rund 600 000 Euro und ab dem Jahr 2018 in Höhe von insgesamt rund 1 Million Euro jährlich entstehen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen des Gesetzes entstehen den gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zum Jahr 2016 im Jahr 2017 Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund 36 Millionen Euro und ab dem Jahr 2018 von jährlich rund 60 Millionen Euro. Diesen Mehrausgaben stehen mögliche Einsparungen (z. B. im Zusammenhang mit der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld) gegenüber, die nicht valide quantifiziert werden können. Durch die Zuführung eines Betrages von 1,5 Milliarden Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden vorübergehende Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2017 in entsprechender Höhe ausgeglichen.

E. Erfüllungsaufwand

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes entsteht im Jahr 2017 ein Erfüllungsaufwand von rund 147 000 Euro für die Verwaltung und von rund 55 000 Euro für die Wirtschaft. Im Jahr 2018 reduziert sich die Belastung für die Wirtschaft auf 5 000 Euro und ab dem Jahr 2019 ist mit jährlichen Belastungen in Höhe von rund 10 000 Euro für die Wirtschaft zu rechnen. Für die Verwaltung überwiegen demgegenüber ab dem Jahr 2018 die jährlichen Einsparungen, insbesondere aufgrund des Wegfalls der Konvergenzregelungen zu den Landesbasisentgeltwerten.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht im Jahr 2017 ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 50 000 Euro für die Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen zur Herstellung der Leistungstransparenz in psychiatrischen Institutsambulanzen. Weiterhin entsteht ab dem Jahr 2017 ein jährlicher Erfüllungsaufwand durch zwei neue Informationspflichten. In den Jahren 2017 bis 2018 belaufen sich die Belastungen auf jährlich rund 5 000 Euro, ab dem Jahr 2019 ist mit Belastungen von jährlich rund 10 000 Euro zu rechnen. Hinsichtlich der „One in, One out“-Regel der Bundesregierung kann dies durch einen Teil der Entlastungen aus dem Vierten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften kompensiert werden.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Die Bürokratiekosten aus Informationspflichten belaufen sich für die Jahre 2017 bis 2018 auf rund 5 000 Euro jährlich und ab dem Jahr 2019 auf rund 10 000 Euro jährlich.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand auf Bundesebene, der sich auf insgesamt 321 000 Euro beläuft. Dieser verteilt sich wie folgt auf den betrachteten Zeitraum: Im Jahr 2017 ist mit einem Erfüllungsaufwand in Höhe von 139 000 Euro zu rechnen, für das Jahr 2018 fallen 82 000 Euro an und im Jahr 2021 sind noch einmal 100 000 Euro zu erwarten. Auf Landesebene ergibt sich kein einmaliger Erfüllungsaufwand. Der jährliche Erfüllungsaufwand ist nach Belastungen auf Bundesebene und Entlastungen auf Landesebene zu differenzieren. Für die Bundesebene entsteht im Jahr 2017 ein Erfüllungsaufwand in Höhe von 8 000 Euro, der sich im Jahr 2018 auf 9 000 Euro erhöht und ab dem Jahr 2019 jährlich rund 79 000 Euro beträgt. Für die Landesebene ist ab dem Jahr 2018 mit einer jährlichen Entlastung von rund 353 000 Euro zu rechnen. Bei der Verrechnung des laufenden Erfüllungsaufwands zwischen Bundes- und Landesebene ergibt sich für das Jahr 2017 eine Belastung in Höhe von 8 000 Euro. Im Jahr 2018 betragen die Entlastungen rund 344 000 Euro und ab dem Jahr 2019 jährlich rund 274 000 Euro.

F. Weitere Kosten

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2017 auf rund 1,8 Millionen Euro und ab dem Jahr 2018 auf rund 3 Millionen Euro jährlich. Auch diesen Mehrausgaben stehen nicht quantifizierbare Einsparungen gegenüber.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9528, 18/9837 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 18/9671 abzulehnen.

Berlin, den 9. November 2016

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Edgar Franke
Vorsitzender

Ute Bertram
Berichterstatlerin

Dirk Heidenblut
Berichterstatter

Harald Weinberg
Berichterstatter

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatlerin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

– Drucksachen 18/9528, 18/9837 –

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

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen	Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
(PsychVVG)	(PsychVVG)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Nach § 2 wird folgender § 2a eingefügt:	1. Nach § 2 wird folgender § 2a eingefügt:
„§ 2a	„§ 2a
Definition von Krankenhausstandorten	Definition von Krankenhausstandorten
(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2017 eine bundeseinheitliche Definition, die die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen festlegt. Sie haben sicherzustellen, dass diese Definition des Standorts eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen eine eindeutige Abgrenzung	(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit den Ländern , den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2017 eine bundeseinheitliche Definition, die die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen festlegt. Sie haben sicherzustellen, dass diese Definition des Standorts eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>von Versorgungseinheiten insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein. Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung einheitlich für alle Standorte eines Krankenhauses zu schließen, bleibt unberührt. Die Definition ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich.</p>	<p>eine eindeutige Abgrenzung von Versorgungseinheiten insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein. Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung einheitlich für alle Standorte eines Krankenhauses zu schließen, bleibt unberührt. Die Definition ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich. Das Benehmen mit den Ländern nach Satz 1 wird mit zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannten Vertretern der Länder hergestellt.</p>
<p>(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen fest.“</p>	<p>(2) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. In § 10 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „ihr DRG-Institut“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. § 17b wird wie folgt geändert:</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>a) In Absatz 1 Satz 6 wird das Wort „DRG-Instituts“ durch die Wörter „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>	
<p>b) In Absatz 3 Satz 6 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>	
<p>c) In Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „(DRG-Systemzuschlag). Der“ durch die Wörter „(DRG-Systemzuschlag); der“ und die Wörter „ein eigenes DRG-Institut“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>	
<p>d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) In Satz 3 werden die Wörter „DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.	
bb) In Satz 5 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.	
e) In Absatz 8 Satz 2 und Absatz 10 Satz 1 bis 4 wird jeweils das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.	
4. § 17c Absatz 3 wird wie folgt geändert:	4. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.	
b) In Satz 4 wird das Wort „DRG-Instituts“ durch die Wörter „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.	
5. § 17d wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 4 wird wie folgt gefasst:	
„Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.“	
bb) In Satz 7 wird vor dem Semikolon ein Komma und werden die Wörter „die ab dem 1. Januar 2020 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen erfüllen sollen“ eingefügt.	
cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Soweit an der Kalkulation teilnehmende Einrichtungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen nicht erfüllen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 eine geeignete Übergangsfrist zu bestimmen. Vor dem 1. Januar 2020 soll für	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen. Für die Dauer einer Übergangsfrist nach Satz 8 gelten die bisherigen Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Personalausstattung weiter.“</p>	
<p>b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „voll- und teilstationären“ die Wörter „sowie stationsäquivalenten“ eingefügt.</p>	
<p>bb) In Satz 4 werden die Wörter „sowie § 17b Absatz 1 Satz 10 und 11 zu besonderen Einrichtungen und zur Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen“ gestrichen.</p>	
<p>c) In Absatz 3 Satz 3 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>	
<p>d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Nach Maßgabe der Sätze 3 bis 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Absatz 2. Das Vergütungssystem wird bis zum 1. Januar 2017 auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Verbindlich für alle Krankenhäuser wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2018 eingeführt. Bis Ende des Jahres 2019 wird das Vergütungssystem für die Krankenhäuser budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2020 sind der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung von den Vertragsparteien nach</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>§ 18 Absatz 2 anzupassen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie über die Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.“</p>	
<p>e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) In Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „oder besondere Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 4“ gestrichen.</p>	
<p>bb) In Satz 2 wird das Wort „Bundesministerium“ durch die Wörter „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.</p>	
<p>cc) In Satz 4 werden die Wörter „DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt und wird das Wort „Bundesministerium“ durch die Wörter „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.</p>	
<p>dd) In Satz 5 wird das Wort „Bundesministeriums“ durch die Wörter „Bundesministeriums für Gesundheit“ ersetzt.</p>	
<p>f) In Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.</p>	
	<p>6. § 28 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) In Absatz 2 Satz 2 wird im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „kann“ das Wort „insbesondere“ eingefügt.</p>
<p>6. In § 28 Absatz 4 werden die Wörter „DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4“ durch die Wörter „Datenstelle nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.</p>	<p>b) In Absatz 4 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4“ durch die Wörter „Datenstelle nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 2	Artikel 2
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird aufgehoben.	1. un v e r ä n d e r t
2. In § 1 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „vollstationären“ ein Komma und das Wort „stationsäquivalenten“ eingefügt.	2. un v e r ä n d e r t
3. In § 2 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „oder durch das Krankenhaus“ eingefügt.	3. un v e r ä n d e r t
4. § 3 wird wie folgt geändert:	4. § 3 wird wie folgt geändert:
a) In der Überschrift werden die Wörter „für die Jahre 2013 bis 2018“ gestrichen.	a) un v e r ä n d e r t
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	b) un v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und wird nach der Angabe „2016“ die Angabe „oder 2017“ eingefügt.	
cc) In Satz 4 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.	
dd) In Satz 5 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ und die Angabe „Absatzes 3“ durch die Angabe „Absatzes 5“ ersetzt.	
c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	c) un v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ ersetzt, wird nach dem Wort „vereinbaren“ das Komma durch ein Semikolon ersetzt und werden die Wörter „mit der Maßgabe, dass anstelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 in den Jahren 2015 und 2016 in	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
zweifacher und in den Jahren 2017 und 2018 in einfacher Höhe als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt; für das Jahr 2013 ist zusätzlich § 18 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden“ durch die Wörter „ab dem 1. Januar 2017 bildet der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 die maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags“ ersetzt.	
bb) In Satz 3 Nummer 1 Buchstabe b werden nach dem Wort „Patienten“ die Wörter „sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ eingefügt und wird die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.	
cc) In Satz 4 Nummer 2 werden die Wörter „nach § 6 Absatz 3“ gestrichen.	
d) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 3 und 4 eingefügt:	d) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 3 und 4 eingefügt:
„(3) Für die Jahre ab 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren. Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2020 ist der nach Absatz 2 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2019. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:	„(3) Für die Jahre ab 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren; Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen. Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2020 ist der nach Absatz 2 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2019. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:
1. Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses, die von den auf Bundesebene vereinbarten Katalogen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 und 2 umfasst sind,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Veränderungen von Art und Menge der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen, einschließlich regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Kostenentwicklungen sowie Verkürzungen von Verweildauern, Ergebnisse	3. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
von Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung,	
4. die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4,	4. un verändert
5. die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal,	5. un verändert
6. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 5.	6. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 6.
<p>Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit der Tatbestand nach Satz 4 Nummer 5 dies erfordert oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 2 ist nur zulässig, wenn die Veränderung von Art und Menge der Leistungen durch zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes begründet ist. Sofern die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten, möglicher Leistungsverlagerungen, regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 vereinbaren, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, haben sie für die Jahre ab 2020 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung eine Anpassungsvereinbarung zu treffen. Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich überschreiten, dürfen nur vereinbart werden, wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist. Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu verein-</p>	<p>Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit der Tatbestand nach Satz 4 Nummer 5 dies erfordert oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 2 ist nur zulässig, wenn die Veränderung von Art und Menge der Leistungen durch zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes begründet oder wenn dies aufgrund von Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen erforderlich ist. Sofern die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten, möglicher Leistungsverlagerungen, regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 vereinbaren, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, haben sie für die Jahre ab 2020 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung eine Anpassungsvereinbarung zu treffen. Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich überschreiten, dürfen nur vereinbart werden, wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist. Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
baren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Der vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf	wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Eine Absenkung des Gesamtbetrages nach Satz 8 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl vorliegt. Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag für den nächsten Vereinbarungszeitraum in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen. Der vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf
1. das Erlösbudget und	1. un verändert
2. die Erlössumme.	2. un verändert
Der Gesamtbetrag und das Erlösbudget nach Satz 9 Nummer 1 sind um Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Basisberichtigung ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.	Der Gesamtbetrag und das Erlösbudget nach Satz 9 Nummer 1 sind um Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Basisberichtigung ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.
(4) Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 10 sind zu beachten. Eine Begrenzung nach Absatz 3 Satz 5 gilt insoweit nicht.“	(4) Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 12 sind zu beachten. Eine Begrenzung nach Absatz 3 Satz 5 gilt insoweit nicht.“
e) Die bisherigen Absätze 3 bis 7 werden die Absätze 5 bis 9.	e) un verändert
f) Der neue Absatz 5 wird wie folgt geändert:	f) Der neue Absatz 5 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „sind für die Jahre 2013 bis 2018 krankenhausesindividuelle Basisentgeltwerte“ durch die Wörter „ist ein krankenhausesindividueller Basisentgeltwert“ ersetzt.	aa) un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Dazu wird von dem jeweiligen veränderten Erlösbudget nach Absatz 2 Satz 5 oder Absatz 3 Satz 10 die Summe der Zusatzentgelte abgezogen und der sich ergebende Betrag wird durch die vereinbarte Summe der effektiven Bewertungsrelationen dividiert.“	„Dazu wird von dem jeweiligen veränderten Erlösbudget nach Absatz 2 Satz 5 oder Absatz 3 Satz 12 die Summe der Zusatzentgelte abgezogen und der sich ergebende Betrag wird durch die vereinbarte Summe der effektiven Bewertungsrelationen dividiert.“
g) In dem neuen Absatz 6 Satz 1 werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 1“ die Wörter „oder Absatz 3 Satz 1“ eingefügt.	g) u n v e r ä n d e r t
h) Der neue Absatz 7 wird wie folgt geändert:	h) Der neue Absatz 7 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aaa) In dem Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „für die Jahre 2013 bis 2018“ gestrichen und werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 5“ die Wörter „oder Absatz 3 Satz 10“ eingefügt.	aaa) In dem Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „für die Jahre 2013 bis 2018“ gestrichen und werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 5“ die Wörter „oder Absatz 3 Satz 12“ eingefügt.
bbb) In Nummer 1 wird die Angabe „20 Prozent“ durch die Angabe „50 Prozent“ ersetzt.	bbb) u n v e r ä n d e r t
ccc) In Nummer 3 werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 5“ die Wörter „oder Absatz 3 Satz 10“ eingefügt.	ccc) In Nummer 3 werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 5“ die Wörter „oder Absatz 3 Satz 12“ eingefügt.
bb) In Satz 3 Nummer 1, 2 und 3 wird jeweils die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) Folgender Satz wird angefügt:	cc) u n v e r ä n d e r t
„Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse des Krankenhauses aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 vorzulegen.“	
5. § 4 wird wie folgt gefasst:	5. § 4 wird wie folgt gefasst:
„§ 4	„§ 4
Leistungsbezogener Vergleich	Leistungsbezogener Vergleich
(1) Zur Unterstützung der Vertragsparteien nach § 11 bei der Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten	(1) Zur Unterstützung der Vertragsparteien nach § 11 bei der Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts und sonstiger leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte, erstellen die Vertragsparteien auf Bundesebene einen leistungsbezogenen Vergleich. In die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind insbesondere einzubeziehen	krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts und sonstiger leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte, erstellen die Vertragsparteien auf Bundesebene einen leistungsbezogenen Vergleich. In die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind insbesondere einzubeziehen
1. die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde gelegten Leistungen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die vereinbarten Entgelte sowie	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Ergebnisse der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung für die Erbringung der jeweiligen Leistungen.	4. u n v e r ä n d e r t
Auf der Grundlage der Daten nach Satz 2 und der Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 sind als Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs insbesondere auszuweisen	Auf der Grundlage der Daten nach Satz 2 und der Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 sind als Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs insbesondere auszuweisen
1. nach Leistungen oder Leistungsgruppen differenzierend die Bandbreite der vereinbarten Entgelte und statistische Lage- und Streumaße zu diesen Entgelten,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2 sowie	2. u n v e r ä n d e r t
3. der Umfang der personellen Ausstattung.	3. u n v e r ä n d e r t
Die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind grundsätzlich bundes- und landesweit auszuweisen und <i>können</i> nach Fachgebieten <i>untergliedert werden</i> .	Die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind grundsätzlich bundes- und landesweit auszuweisen und unter gesonderter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Fachgebieten zu untergliedern .
(2) Die Krankenhäuser übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 2 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Dieses ermittelt die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach Absatz 1 Satz 3 und stellt sie den Vertragsparteien nach § 11 und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Verfügung. Die Ergebnisse sind so rechtzeitig zu übermitteln, dass sie für die Vorklärung nach § 11 Absatz 5 genutzt werden können.“	(2) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
6. § 6 wird wie folgt geändert:	6. § 6 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „und ab dem Jahr 2019 für besondere Einrichtungen nach § 17d Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ und die Wörter „oder die besonderen Einrichtungen“ gestrichen.	
bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.	
b) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 2 und 3 eingefügt:	b) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 2 und 3 eingefügt:
<p>„(2) Für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits mit den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und 5 sachgerecht vergütet werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte; hierzu hat das Krankenhaus die Besonderheiten und die damit verbundenen Zusatzkosten darzulegen. Nach der Vereinbarung eines Entgelts für eine regionale oder strukturelle Besonderheit in der Leistungserbringung haben die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu melden; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende Darlegung der Besonderheit zu übermitteln.“</p>	<p>„(2) Für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits mit den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und 5 sachgerecht vergütet werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte oder ergänzende Zuschläge; hierzu hat das Krankenhaus die Besonderheiten und die damit verbundenen Zusatzkosten darzulegen. Nach der Vereinbarung eines Entgelts für eine regionale oder strukturelle Besonderheit in der Leistungserbringung haben die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu melden; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende Darlegung der Besonderheit zu übermitteln.“</p>
(3) Die Entgelte nach den Absätzen 1 und 2 sind sachgerecht zu kalkulieren. Das Krankenhaus hat die Empfehlungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 zu beachten und den anderen Vertragsparteien nach § 11 entsprechende Kalkulationsunterlagen vorzulegen. In eng begrenzten Ausnahmefällen vereinbaren die Vertragsparteien Zusatzentgelte.“	(3) u n v e r ä n d e r t
c) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 4 und 5.	c) u n v e r ä n d e r t
d) In dem neuen Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2020“ ersetzt und werden die Wörter „Erlösbudgets nach § 4 und der Erlössumme nach Absatz 3“ durch die Wörter „Gesamtbetrags nach § 3 Absatz 3“ ersetzt.	d) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
e) Der neue Absatz 5 wird wie folgt gefasst:	e) u n v e r ä n d e r t
„(5) Werden krankenhausindividuelle Entgelte nach Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3 Satz 3 vereinbart, so ist für diese Entgelte im Rahmen des Gesamtbetrags nach § 3 Absatz 2 oder Absatz 3 eine Erlössumme zu bilden.“	
7. § 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
a) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:	
„4. Entgelte für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Entgelten erfasst werden (§ 6 Absatz 1 oder Absatz 3 Satz 3), und für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung (§ 6 Absatz 2),“.	
b) In Nummer 5 wird die Angabe „(§ 6 Absatz 2)“ durch die Angabe „(§ 6 Absatz 4)“ ersetzt.	
8. § 8 wird wie folgt geändert:	8. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Entlassungs- oder“ gestrichen.	
b) Absatz 3 wird aufgehoben.	
c) Die bisherigen Absätze 4 bis 6 werden die Absätze 3 bis 5.	
9. § 9 wird wie folgt geändert:	9. § 9 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 4 werden die Wörter „Leistungen und“ durch die Wörter „Leistungen, von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung und von“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Nummer 5 werden die Wörter „für die Begrenzung der Entwicklung des Basisentgeltwerts nach § 10 Absatz 3“ gestrichen.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Nummer 6 werden die Wörter „der Abschnitte E1 bis E3 und B1 und B2 nach der Anlage dieser Verordnung.“ durch die Wörter „der von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung, wobei den Zwecken des leistungsbezogenen Vergleichs	cc) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nach § 4 Rechnung zu tragen ist,“ ersetzt.	
dd) Die folgenden Nummern 7 bis 9 werden angefügt:	dd) Die folgenden Nummern 7 bis 9 werden angefügt:
<p>„7. erstmals zum 31. März 2017 und ab 2018 bis zum 28. Februar jeden Jahres, die <i>Benennung</i> von <i>Schlüsseln</i>, die für den Zweck des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in den Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <i>eingeführt wurden und</i> sich für diesen Zweck als nicht erforderlich erwiesen haben; das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information soll erforderliche Änderungen im Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum nächstmöglichen Zeitpunkt umsetzen,</p>	<p>„7. erstmals zum 31. März 2017 und ab 2018 bis zum 28. Februar jeden Jahres die Beschreibung von Leistungen, die für den Zweck des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in den Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einzuführen sind, sowie die Benennung von Schlüsseln, die zu streichen sind, da sie sich für diesen Zweck als nicht erforderlich erwiesen haben; das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information soll erforderliche Änderungen im Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum nächstmöglichen Zeitpunkt umsetzen,</p>
8. bis zum 31. März 2017 die Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3, insbesondere den einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie das Verfahren für die Übermittlung der Daten,	8. u n v e r ä n d e r t
9. bis zum 1. Januar 2019 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4, insbesondere zu dessen Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung; in die Vereinbarung ist eine Regelung zum Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 4 Absatz 1 Satz 2 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zum Zweck der Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs und zum Verfahren für die Übermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach	9. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 4 Absatz 1 Satz 3 an die Vertragsparteien nach § 11 und die Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufzunehmen.“	
b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „bis 3“ durch die Wörter „und 2 sowie die Abrechnungsbestimmungen nach Nummer 3“ ersetzt.	b) un verändert
10. § 10 wird aufgehoben.	10. un verändert
11. § 11 wird wie folgt geändert:	11. un verändert
a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach dem Wort „abzuschließen“ die Wörter „und unter Verwendung der in Absatz 4 Satz 1 genannten Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren“ eingefügt.	
b) Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 wird wie folgt gefasst:	
„1. ab dem krankenhausindividuellen Einführungsjahr des Vergütungssystems und bis einschließlich des Jahres 2019 die Unterlagen der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung sowie die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 1 in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit Ausnahme der Abschnitte V1, V4, L4 und K4,	
2. für die Jahre ab 2020 die Unterlagen der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung.“	
c) In Absatz 5 wird nach dem Wort „Krankenhauses“ ein Komma und werden die Wörter „einschließlich regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung,“ eingefügt.	
	11a. In § 13 Absatz 1 Satz 1 wird jeweils die Angabe „§ 10 oder“ gestrichen.
12. § 14 wird wie folgt geändert:	12. un verändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Landesbasisentgeltwerts nach § 10 und der“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gestrichen und wird das Wort „Basisentgeltwerte“ durch das Wort „Basisentgeltwerts“ ersetzt.	
bb) Satz 3 wird aufgehoben.	
b) Absatz 4 wird aufgehoben.	
13. § 15 wird wie folgt geändert:	13. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und wird nach der Angabe „2017“ die Angabe „oder 2018“ eingefügt.	
b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „§ 3 Absatz 7 oder § 4 Absatz 10“ durch die Angabe „§ 3 Absatz 9“ ersetzt.	
	13a. In § 16 Satz 2 werden nach dem Wort „Wahlleistungen“ die Wörter „auch für stationsäquivalente Behandlung“ eingefügt.
14. § 18 wird wie folgt geändert:	14. § 18 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) <i>In Absatz 1 wird im</i> Satzteil vor der Aufzählung das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und wird nach der Angabe „2016“ die Angabe „oder 2017“ eingefügt.	aa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und wird nach der Angabe „2016“ die Angabe „oder 2017“ eingefügt.
	bb) In Nummer 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
	cc) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
	dd) Folgende Nummer 5 wird angefügt:
	„5. § 3 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung entsprechend anzuwenden ist.“
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Im ersten Halbsatz wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ ersetzt, werden die Wörter „der Bundespflegegesetzverordnung“ gestrichen und werden die Wörter „zum 31. Dezember“ durch die Wörter „in Vollkräften“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung der von dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 müssen insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 zum 31. März jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 11 und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und für die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4; die Angaben für das Jahr 2016 sind bis zum 1. August 2017 zu übermitteln.“</p>	<p>und den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung der von dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 müssen insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 zum 31. März jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 11 und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und für die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4; die Angaben für das Jahr 2016 sind bis zum 1. August 2017 zu übermitteln.“</p>
<p>c) Absatz 3 wird <i>aufgehoben</i>.</p>	<p>c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:</p>
	<p>„(3) Soweit der Nachweis nach Absatz 2 Satz 2 bei der tatsächlichen jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung für das Jahr 2016 eine Unterschreitung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen ausweist, ist der Gesamtbetrag nach § 3 Absatz 2 für die Jahre 2017 bis 2019 in Höhe der entstehenden Kosten für zusätzlich zu</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	besetzende Stellen zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zu erhöhen. Die Begrenzung des Anstiegs des Gesamtbetrags durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 findet keine Anwendung. Eine Rückzahlung von Mitteln und eine Absenkung des Gesamtbetrags ist für die Jahre 2017 bis 2019 nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass die im Gesamtbetrag vereinbarten Mittel für Personal vollständig für die Finanzierung von Personal verwendet wurden. Wurden Personalmittel abweichend von Satz 3 nicht zweckentsprechend verwendet, ist § 3 Absatz 3 Satz 8 entsprechend anzuwenden. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Krankenhäuser nach Absatz 1.“
15. Die Anlage Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych) wird aufgehoben.	15. u n v e r ä n d e r t
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. § 4 Absatz 2b wird wie folgt geändert:	
a) In Satz 3 wird im Satzteil vor der Aufzählung das Wort „Abschlag“ durch die Wörter „für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 oder Satz 2“ ersetzt.	
b) In Satz 4 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „oder Satz 2“ eingefügt und werden die Wörter „Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13“ durch die Wörter „für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 oder Satz 2“ ersetzt.	
2. § 14 wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 10“ ein Komma und werden die Wörter	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.	
bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Basisfallwerts“ die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.	
b) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Basisfallwerts“ die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.	
Artikel 4	Artikel 4
Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0a. Dem § 4 Absatz 2b wird folgender Satz angefügt:
	„Für die Jahre 2017 und 2018 ist der zu vereinbarende höhere Abschlag nach Satz 2 auf 50 Prozent begrenzt.“
	0b. Dem § 5 Absatz 3c werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Die Finanzierung der in den Sätzen 1 und 3 genannten Mehrkosten erfolgt bei besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch eine Berücksichtigung in den krankhausindividuellen Entgelten. Die Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme nach § 9 Absatz 1b Satz 1 in Verbindung mit § 6 Absatz 3 Satz 4 gilt insoweit nicht.“
	0c. § 8 Absatz 10 Satz 4 wird wie folgt geändert:
	a) Im ersten Halbsatz werden die Wörter „Reihe 6.3 ausgewiesenen entsprechenden Kosten“ durch die Wörter „Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, multipliziert mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>b) Im zweiten Halbsatz wird das Wort „Kosten“ durch die Wörter „Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus“ ersetzt und werden nach dem Wort „haben“ ein Komma und die Wörter „multipliziert mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land“ eingefügt.</p>
	<p>1. § 9 Absatz 1a wird wie folgt geändert:</p>
<p>1. In § 9 Absatz 1a Nummer 3 und 5 wird jeweils das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>	<p>a) In Nummer 3 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>
	<p>b) In Nummer 5 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2018“ und das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>
<p>2. § 10 wird wie folgt geändert:</p>	<p>2. § 10 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Absatz 6 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt“ eingefügt.</p>	<p>a) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>b) Absatz 9 wird wie folgt geändert:</p>	<p>b) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>aa) In Satz 1 werden die Wörter „ihr DRG-Institut“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>	
<p>bb) In den Sätzen 3 und 4 wird jeweils das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>	
<p>cc) In Satz 5 wird das Wort „DRG-Instituts“ durch die Wörter „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.</p>	
	<p>c) Absatz 13 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) Folgender Satz wird angefügt:
	„Für die Jahre 2017 und 2018 wird die Höhe des Abschlags auf 35 Prozent festgesetzt.“
3. § 21 wird wie folgt geändert:	3. § 21 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 wird das Wort „Stelle“ durch das Wort „Datenstelle“ ersetzt und wird das Wort „(DRG-Datenstelle)“ gestrichen.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:	b) Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:
„b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, ab dem 1. Januar ... [einsetzen: Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags bis zum 30. Juni ... [einsetzen: Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort.“	„b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, ab dem 1. Januar ... [einsetzen: Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für den aufnehmenden, den weiterbehandelnden und den entlassenden Standort sowie bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags bis zum 30. Juni ... [einsetzen: Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort.“
c) In Absatz 3 Satz 1 im Satzteil vor der Aufzählung, Satz 3 und 6, Absatz 3a Satz 3 und Absatz 5 Satz 2 wird jeweils das Wort „DRG-Datenstelle“ durch das Wort „Datenstelle“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
Artikel 5	Artikel 5
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 37a Absatz 2 wird wie folgt geändert:	1. entfällt
a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Ärzte“ die Wörter „und Psychotherapeuten“ eingefügt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) <i>In Nummer 5 werden nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „oder Psychotherapeuten“ eingefügt.</i>	
2. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	1. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.“	
b) Die folgenden Sätze werden angefügt:	b) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung <i>während akuter Krankheitsphasen</i> im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“	„Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“
	1a. Nach § 65c wird folgender § 65d eingefügt:
	„§ 65d
	Förderung besonderer Therapieeinrichtungen
	(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert ab 1. Januar 2017 mit insgesamt fünf Millionen Euro je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben Leistungserbringer, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln. Förderungsfähig sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die ein freiwilliges Therapieangebot vorhalten und die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen als förderungsfähig anerkannt werden. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen der Modellvorhaben gilt § 63 Absatz 3 Satz 1 und 4, Absatz 3a und 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass die

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Anonymität der Patienten zu gewährleisten ist. Die Anonymität darf nur eingeschränkt werden, soweit die Patienten dazu ihre Einwilligung erteilen.
	(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Ziel dieser wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung ist die Erreichung möglichst hochwertiger Evidenz zur Wirksamkeit der Therapieangebote nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der pädophilen Sexualstörungen.
	(3) Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung nach Absatz 2 ist zu veröffentlichen. Die Sachverständigen dürfen nicht für Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder deren Verbände tätig oder als Leistungserbringer oder deren Angestellte am Modellvorhaben beteiligt sein.
	(4) Die Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 erfolgt durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten. Das Nähere zur Umlage und zur Vergabe der Fördermittel bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. An Modellvorhaben nach Absatz 1 und ihrer Finanzierung können sich über die Fördersumme nach Absatz 1 Satz 1 hinaus weitere Einrichtungen beteiligen, insbesondere private Krankenversicherungen und der Verband der Privaten Krankenversicherung sowie öffentliche Stellen. Das Verfahren nach § 64 Absatz 3 ist nicht anzuwenden.“
3. <i>In § 101 Absatz 1 Satz 10 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „für die Berücksichtigung der in den nach § 118 ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte übermitteln die Einrichtungen standortbezogenen Angaben zu den zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 295 Absatz 1b Satz 4 an den Landesausschuss“ eingefügt.</i>	3. entfällt

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. Dem § 109 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	4. entfällt
„Erbringt ein Krankenhaus stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d, vereinbaren die Vertragsparteien nach Satz 1 abweichend von Satz 4 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchem Umfang die Bettenanzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist. Kommt ein Vertrag nach Satz 6 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Landesschiedsstelle nach § 114.“	
5. Nach § 115c wird folgender § 115d eingefügt:	2. Nach § 115c wird folgender § 115d geändert:
„§ 115d	„§ 115d
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
<p>(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, <i>in akuten Krankheitsphasen</i> anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.</p>	<p>(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.</p>
<p>(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017</p>	<p>(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern,	3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern.
4. <i>Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten nach § 109 Absatz 1 Satz 6 auf Grund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung.</i>	4. entfällt
Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.	Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.
(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.“	(4) u n v e r ä n d e r t
6. § 118 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	3. § 118 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
„(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser sowie für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen	„(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser sowie für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Abteilungen entsprechend. In dem Vertrag nach Absatz 2 Satz 2 regeln die Vertragsparteien auch,	Abteilungen entsprechend. In dem Vertrag nach Absatz 2 Satz 2 regeln die Vertragsparteien auch,
1. unter welchen Voraussetzungen eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Einrichtungen nach Satz 1 als bedarfsgerecht anzusehen ist, insbesondere weil sie eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnehmen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. besondere Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sowie	2. u n v e r ä n d e r t
3. das Verfahren, in dem nachzuweisen ist, ob diese vertraglichen Vorgaben erfüllt sind.	3. u n v e r ä n d e r t
Die ambulante ärztliche Behandlung in einer Einrichtung nach Satz 1 kann nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Die Überweisung soll in der Regel durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgen.“	Die ambulante ärztliche Behandlung in einer Einrichtung nach Satz 1 kann nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Die Überweisung soll in der Regel durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder durch Ärzte mit äquivalenter Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung erfolgen.“
	4. § 132b wird wie folgt geändert:
	a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
	b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
	„(2) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“
7. § 136 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 2 wird das Wort „er“ durch die Wörter „der Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Er kann dabei die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung insbesondere über Qualitätssicherungszuschläge regeln.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
8. § 136a Absatz 2 wird wie folgt geändert:	6. § 136a Absatz 2 wird wie folgt geändert:
a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
<p>„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu bestimmt er insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.“</p>	<p>„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu bestimmt er insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt zu den Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in die Entscheidung einzubeziehen.“</p>
b) In dem neuen Satz 4 werden die Wörter „und Empfehlungen nach Satz 1“ durch die Wörter „nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.	b) In dem neuen Satz 7 werden die Wörter „und Empfehlungen nach Satz 1“ durch die Wörter „nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.
c) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:	c) Der neue Satz 8 wird wie folgt gefasst:
<p>„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die verbindlichen Mindestvorgaben und Indikatoren nach Satz 2 erstmals bis spätestens zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu beschließen.“</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
d) In dem neuen Satz 6 wird das Wort „Empfehlungen“ durch die Wörter „verbindlichen Mindestvorgaben“ ersetzt und wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.	d) In dem neuen Satz 9 wird das Wort „Empfehlungen“ durch die Wörter „verbindlichen Mindestvorgaben“ ersetzt und wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
9. § 136c Absatz 2 wird wie folgt geändert:	7. § 136c wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Landesbehörden“ die Wörter „sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ eingefügt und wird nach dem Wort „einrichtungübergreifenden“ das Wort „stationären“ gestrichen.	aa) un verändert
b) In Satz 2 wird nach dem Wort „einrichtungübergreifenden“ das Wort „stationären“ gestrichen.	bb) un verändert
	b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.
	bb) Folgender Satz wird angefügt:
	„Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durch und berücksichtigt deren Ergebnisse.“
10. § 137 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:	8. un verändert
„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser fest.“	
11. In § 137a Absatz 6 wird nach den Wörtern „Gemeinsamen Bundesausschuss“ das Wort „insbesondere“ eingefügt.	9. un verändert
12. In § 137h Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „in einer Richtlinie nach § 137“ durch die Wörter „nach den §§ 136 bis 136b“ ersetzt.	10. un verändert
	11. § 269 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Krankengeldes“ die Wörter „ab dem Ausgleichsjahr 2013“ eingefügt.
	b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „ist“ die Wörter „ab dem Ausgleichsjahr 2013“ eingefügt.
13. § 271 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:	12. un verändert
„Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2017 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
14. Dem § 293 wird folgender Absatz 6 angefügt:	13. u n v e r ä n d e r t
<p>„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Sie können das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen. In diesem Fall sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. Das Verzeichnis ist in nach Satz 10 Nummer 3 zu vereinbarenden Abständen zeitnah zu aktualisieren und im Internet zu veröffentlichen. Die Krankenhäuser verwenden die im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen zu Abrechnungszwecken, für Datenübermittlungen an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Kostenträger nutzen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen sowie mit Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss nutzt das Verzeichnis, sofern dies zur Erfüllung der ihm nach diesem Gesetzbuch übertragenen Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung erforderlich ist. Das Bundeskartellamt erhält die Daten des Verzeichnisses von der das Verzeichnis führenden Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. Juni 2017 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,	
2. die Art und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Kennzeichen,	
3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung,	
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen für die Verwendung der Kennzeichen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen und	
5. die Finanzierung der Aufwände, die durch die Führung und die Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.	
§ 2a Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend für die Auftragserteilung nach Satz 2 und die Vereinbarung nach Satz 10.“	
15. § 295 Absatz 1b wird wie folgt geändert:	14. § 295 Absatz 1b wird wie folgt geändert:
a) In Satz 3 wird das Wort „DRG-Datenstelle“ durch das Wort „Datenstelle“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Satz 4 wird wie folgt gefasst:	b) Satz 4 wird wie folgt gefasst:
„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 sowie für die Durchführung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b zu beschließenden Bestimmungen bis spätestens zum 1. Januar 2018 einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten differenziert, sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3 und nach § 101 Absatz 1 Satz 10; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist.“	„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 sowie für die Durchführung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b zu beschließenden Bestimmungen bis spätestens zum 1. Januar 2018 einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten differenziert, sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
16. § 301 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	15. u n v e r ä n d e r t
a) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „oder ihre Krankenhausträger“ eingefügt.	
b) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	
„2. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses sowie ab dem 1. Januar ... [einsetzen: Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,“.	
c) In Nummer 6 werden nach dem Wort „im“ die Wörter „oder vom“ eingefügt.	
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Psych-Entgeltgesetzes	u n v e r ä n d e r t
In Artikel 8 Absatz 3 des Psych-Entgeltgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613), das durch Artikel 16c des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, werden die Wörter „am 1. Januar 2019“ durch die Wörter „am 1. Januar 2020“ ersetzt.	
	Artikel 6a
	Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
	§ 31 Absatz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Festlegungen nach Satz 1 sind für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 vom Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen anzupassen, soweit dies für die Umsetzung der Regelungen in § 41 Absatz 1 Satz 2 und 3 erforderlich ist.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. Im neuen Satz 8 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Wörter „den Sätzen 6 und 7“ ersetzt.
	Artikel 6b
	Änderung des Arzneimittelgesetzes
	Dem § 142a des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 11 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird folgender Absatz 3 angefügt:
	„(3) Die Verpflichtung zur Kennzeichnung hämatopoetischer Stammzellzubereitungen aus dem peripheren Blut oder aus dem Nabelschnurblut mit dem Einheitlichen Europäischen Code mit der Abkürzung „SEC“ nach § 10 Absatz 8a Satz 3 und die Verpflichtung zur Kennzeichnung von Gewebesubereitungen mit dem Einheitlichen Europäischen Code mit der Abkürzung „SEC“ nach § 10 Absatz 8b Satz 1 sind ab dem 29. April 2017 zu erfüllen.“
	Artikel 6c
	Änderung der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung
	§ 43 der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung vom 3. November 2006 (BGBl. I S. 2523), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 28. Oktober 2014 (BGBl. I S. 1655) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Der Wortlaut wird Absatz 1.
	2. Folgender Absatz 2 wird angefügt:
	„(2) § 31 Absatz 8a Satz 2 und Abschnitt 5b sind ab dem 29. April 2017 anzuwenden.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 7	Artikel 7
Inkrafttreten	Inkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich <i>des Absatzes 2</i> am 1. Januar 2017 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Januar 2017 in Kraft.
(2) Artikel 3 tritt mit Wirkung vom ... <i>[einsetzen: Datum des Tages des Kabinettschlusses]</i> in Kraft.	(2) Artikel 5 Nummer 11 und Artikel 6a treten mit Wirkung vom 1. August 2014 in Kraft.
	(3) Artikel 3 tritt mit Wirkung vom ... <i>[einsetzen: Tag des Kabinettschlusses]</i> in Kraft.
	(4) Artikel 4 Nummer 0a, Nummer 2 Buchstabe c und Artikel 5 Nummer 7 Buchstabe b treten mit Wirkung vom ... <i>[einsetzen: Tag der 3. Lesung des Deutschen Bundestages]</i> in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Ute Bertram, Dirk Heidenblut, Harald Weinberg und Maria Klein-Schmeink

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 18/9528, 18/9837** in seiner 190. Sitzung am 22. September 2016 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Parlamentarischen Beirat für nachhaltige Entwicklung überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/9671** in seiner 190. Sitzung am 22. September 2016 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Der Gesetzentwurf zielt nach Angaben der Bundesregierung auf die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen ab. Ziel sei es, die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern. Dafür werden die Rahmenbedingungen für die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) weiterentwickelt. An dem Ziel der leistungsorientierten Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen soll festgehalten werden. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen soll entfallen und die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt werden. Eine sektorenübergreifende Versorgung soll gefördert werden. Im Einzelnen soll das Entgeltsystem als Budgetsystem ausgestaltet werden. Dabei sollen die Budgets einzelner Einrichtungen unter Berücksichtigung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung vereinbart werden. Ein leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern soll als Transparenzinstrument dienen und verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Außerdem soll das Entgeltsystem auf der Grundlage empirischer Daten kalkuliert werden, verbunden mit der Vorgabe, dass die Erfüllung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation sein soll. Die Möglichkeit zur Anwendung des Psych-Entgeltsystems auf freiwilliger Grundlage soll um ein Jahr verlängert werden und die sektorenübergreifende Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld gestärkt werden.

Der **Bundesrat** hat in seiner 948. Sitzung am 23. September 2016 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung genommen und einige Änderungen vorgeschlagen. Diese betreffen insbesondere die Bereiche der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung, die Tatbestände bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags, die Frage der Beteiligung der Länder an der Festlegung einer bundeseinheitlichen Standortdefinition und die Tarifkostenrefinanzierung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Weitere Einzelheiten ergeben sich aus der Drucksache 18/9837.

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zu einer Reihe von Vorschlägen eine Prüfung zugesagt, andere Vorschläge hat sie abgelehnt. Die Einzelheiten ergeben sich aus Drucksache 18/9837. Eine Prüfung mit der Folge der Umsetzung ist insbesondere bei folgenden Vorschlägen erfolgt:

- Der Bundesrat hat im Zusammenhang mit der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung die Aufhebung der Regelungen zum Bettenabbau gefordert. Dieser Vorschlag des Bundesrates wurde durch einen Änderungsantrag umgesetzt, den der Ausschuss für Gesundheit in seiner Sitzung am 9. November 2016 beschlossen hat.
- Der vom Bundesrat geforderten Flexibilität bei der Nicht-Besetzung von vereinbarten Stellen im Rahmen der Verhandlung des Gesamtbetrags wurde insoweit gefolgt, als dass eine vorübergehende Nicht-Besetzung nicht zu einer Absenkung des Gesamtbetrags führen soll. Bei einer dauerhaften Nicht-Besetzung sollen die Vertragsparteien auf der Ortsebene vereinbaren können, inwieweit eine Absenkung des Gesamtbetrags vorzunehmen ist.
- Ferner wurde dem Wunsch entsprochen, die Differenzierung nach Fachgebieten im Rahmen des leistungsbezogenen Vergleichs verbindlich vorzugeben.
- Ebenso wurde durch einen Änderungsantrag das Anliegen umgesetzt, den Überweisungsvorbehalt für den Zugang zu psychosomatischen Institutsambulanzen auf weitere Facharztgruppen auszudehnen.
- Dem Vorschlag des Bundesrates, die Bestimmung einer Standortdefinition an den Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem dazugehörigen Mitberatungsrecht der Länder zu übertragen, wurde insoweit gefolgt, als dass neben dem Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ebenso ein Benehmen mit den Ländern herzustellen haben.
- Gleiches gilt für die vom Bundesrat geforderte Modifizierung der Berechnungsgrundlage zur Bestimmung des Pflegezuschlags für allgemeine Krankenhäuser.

Der **Nationale Normenkontrollrat (NKR)** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKRK) eine Stellungnahme abgegeben. Er kommt zu dem Ergebnis, dass das Gesundheitsministerium die Auswirkungen auf die Wirtschaft und die Verwaltung transparent und nachvollziehbar dargestellt hat. Daher macht der Nationale Normenkontrollrat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.

Zu Buchstabe b

Seit seiner Einführung im Jahr 2013 wird das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) heftig kritisiert, weil es die sehr individuellen und altersspezifisch entwicklungsabhängigen Verläufe von psychischen Erkrankungen nicht angemessen berücksichtigt und daher zu einer unzureichenden Versorgung betroffener Personen oder zu einer Unterdeckung der Behandlungskosten in besonders aufwendigen Bereichen, wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, führen kann, so die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Es bestehe damit die große Gefahr, dass insbesondere Menschen mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankungen sowie Kinder und Jugendliche aus ökonomischen Gründen nicht mehr individuell angemessen behandelt werden. Die Neuausrichtung des Entgeltsystems in der Psychiatrie sei daher ein richtiger Schritt und längst überfällig. Die psychiatrische Heilbehandlung müsse immer auch individuell auf das aktuelle Befinden und das gesamte Lebens- und Beziehungsgefüge der Patientinnen und Patienten abgestimmt sein. Deshalb sei es erforderlich, ein auf die Besonderheiten der psychischen Erkrankungen bezogenes Entgeltsystem zu entwickeln. Im Einzelnen fordert die Fraktion, zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen den Entwurf des PsychVVG so zu ändern, dass die Neuausrichtung des Entgeltsystems eine personenzentrierte, qualitätsgesicherte, leitliniengerechte und effiziente Behandlung gewährleistet. Die Parameter zum Zwecke der Budgetfindung sollen deshalb so ausgewählt werden, dass sie individuelle Ausformungen und Verläufe psychiatrischer Störungsbilder berücksichtigen und keine ökonomischen Fehlanreize zur Therapiebegrenzung setzen, obwohl eine Weiterbehandlung medizinisch indiziert ist. Außerdem sollen die für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu erstellenden Angaben zur Umsetzung der Personalstandards nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ab sofort für den Qualitätsvergleich transparent gemacht werden. Bis zum Vorliegen aktualisierter Personalstandards müsse von den Krankenhäusern die Umsetzung der Personalstandards zur Psych-PV auch gegenüber den Krankenkassen nachgewiesen werden. Der zur Umsetzung der UN-Konvention

über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und der UN-Kinderrechtskonvention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderliche Personalbedarf solle gesondert erfasst und vergütet werden.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat am 13. September 2016 im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie gemäß Einsetzungsantrag festgestellt, dass eine Nachhaltigkeitsrelevanz des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/9528, 18/9837 gegeben ist. Die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung im Gesetzentwurf sei plausibel. Seine Wirkung stärke eine nachhaltige Entwicklung. Die Maßnahmen dieses Gesetzes trügen dazu bei, dass den Belangen psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen besser Rechnung getragen werden könne als bislang.

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 93. Sitzung am 9. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/9671 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe** hat in seiner 73. Sitzung am 9. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/9671 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 85. Sitzung am 6. September 2016 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 18/9528, 18/9837 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen. Der Ausschuss hat in seiner 86. Sitzung am 21. September 2016 beschlossen, zu dem Antrag auf Drucksache 18/9671 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 86. Sitzung am 21. September 2016 hat der Ausschuss die Beratungen über die Vorlagen aufgenommen.

Die Anhörung fand in der 88. Sitzung am 26. September 2016 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA), BKK Dachverband, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (BAG), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG-Psychiatrie), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesdirektorenkonferenz – Verband Leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK), Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA), Christliche Krankenhäuser in Deutschland (CKiD), Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGPPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) – Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, IKK e.V. – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz

im Gesundheitswesen, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e.V., Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), VPKD – Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland und als Einzelsachverständige waren geladen Prof. Dr. Dr. F. Schneider, Dr. Christoph Straub, Roman Ernst, Stefan Thewes, Prof. Dr. Heinrich Kunze, Prof. Dr. Michael Simon und Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier.

Auf das entsprechende Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat seine Beratungen über die Vorlagen in seiner 93. Sitzung am 9. November 2016 fortgesetzt und abgeschlossen. Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/9528, 18/9837 in geänderter Fassung.

In selber Sitzung hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/9671 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/9528, 18/9837 beschlossen. Diese haben im Wesentlichen folgenden Inhalt:

- Bei der *Vereinbarung des Gesamtbetrags* wird gewährleistet, dass für Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen eine Überschreitung der Obergrenze möglich ist. Die Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu berücksichtigen.
- Der *Gesamtbetrag* ist bei einer nur vorübergehenden, nicht dauerhaften Unterschreitung der *vereinbarten Stellenzahl*, die vom Krankenhaus nachzuweisen ist, nicht abzusenken. Wenn bei einer dauerhaften Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl eine Absenkung des Gesamtbetrags vorgenommen wurde und später eine Stellenbesetzung erfolgt, ist der Gesamtbetrag in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.
- Für *regionale oder strukturelle Besonderheiten* in der Leistungserbringung können entweder eigenständige tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte oder aber ergänzende krankenhausespezifische Zuschläge von den Vertragsparteien auf der Ortsebene vereinbart werden.
- Der *Personalnachweis* ist bereits in den Jahren 2017 bis 2019 den Kostenträgern vorzulegen. Zugleich sind bei einer Unterschreitung der Psych-PV-Vorgaben eine Rückzahlung von Mitteln und eine Absenkung des Gesamtbetrags nicht vorzunehmen, wenn die für Personal vereinbarten Mittel auch vollständig für Personal verwendet wurden. Bei einer nicht zweckentsprechenden Mittelverwendung haben die Vertragspartner vor Ort darüber zu verhandeln, inwieweit der Gesamtbetrag abgesenkt wird.
- Für die Jahre 2017 bis 2019 wird bei einer Unterschreitung der *Psych-PV-Vorgaben* im Jahr 2016 eine *Nachverhandlungsmöglichkeit* von nicht besetzten Stellen eingeführt. Die hieraus resultierenden Personalkosten sind vollständig im Gesamtbetrag zu berücksichtigen.
- Für die Einführung der *Mindestpersonalvorgaben* zum 1. Januar 2020 hat der G-BA *Übergangs- und Ausnahmeregelungen* vorzusehen.
- Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften wird für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben durch den G-BA ein *Stellungnahmerecht* eingeräumt, so dass spezifische Fachexpertise frühzeitig einbezogen werden kann.
- Für den *leistungsbezogenen Vergleich* wird vorgegeben, dass die Ergebnisse nach Fachgebieten differenziert zu untergliedern sind.

- Für die *Weiterentwicklung des Prozedurenschlüssels* haben die Vertragsparteien auf Bundesebene für die Erfassung von Aufwandsunterschieden für die in hochwertigen Leitlinien empfohlenen psychiatrischen und psychosomatischen Maßnahmen Vorschläge zur Beschreibung dieser Leistungen zu machen. Zudem sind Prozedurenschlüssel zu streichen, die sich für Zwecke des Vergütungssystems als nicht erforderlich herausgestellt haben.
- Bei der Umsetzung der *stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung* wird auf den vorgesehenen obligatorischen Bettenabbau verzichtet. Daneben wird die bisherige Eingrenzung der stationsäquivalenten Behandlung auf akute Krankheitsphasen gestrichen, um eine kontinuierliche Begleitung von Patientinnen und Patienten während einer Krankheitsphase zu ermöglichen. Zudem wird die neue Behandlungsform in die Regelungen zur Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen einbezogen.
- Auf die neu vorgesehene Datenübermittlungspflicht der *psychiatrischen Institutsambulanzen* zum Zwecke der Bedarfsplanung wird verzichtet, um einen übermäßigen bürokratischen Aufwand bei den psychiatrischen Institutsambulanzen zu vermeiden. Bei den *psychosomatischen Institutsambulanzen* wird die Ausweitung des Überweisungsvorbehalts auf weitere Facharztgruppen vorgesehen.
- In einem Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbands soll untersucht werden, ob und wie eine Integration spezieller *Therapieangebote für Menschen mit pädophiler Neigung* in die Versorgung der GKV-Versicherten umgesetzt werden könnte. Für die Bereitstellung solcher spezialisierter Therapieangebote sollen besondere Vorkehrungen getroffen werden, die in der derzeitigen Regelversorgung nicht adäquat abgebildet werden können. Zentral ist dabei die Zusicherung und die Wahrung der Anonymität der Patienten und die begleitende wissenschaftliche Evaluierung, die durch unabhängige Experten erfolgt.
- Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit *ambulanter Psychotherapie* wird eine *Schiedsregelung* vorgegeben, um Probleme bei den Vertragsverhandlungen besser als bislang zu lösen und damit zum Abbau bestehender Versorgungsdefizite beizutragen.
- Die *Definition der Krankenhausstandorte* ist von den Vertragspartnern, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, auch im Benehmen mit den Ländern zu vereinbaren.
- Für die Jahre 2017 und 2018 werden die auf der Landesebene zu verhandelnde *Höhe des Fixkostendegressionsabschlags* und die Obergrenze für einen erhöhten Abschlag auf der Ortsebene gesetzlich festgelegt. Der Wert für die Landesebene wird auf 35 Prozent festgelegt. Die Obergrenze für den erhöhten Abschlag auf Ortsebene wird auf 50 Prozent festgesetzt. Insgesamt darf damit die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags in den Jahren 2017 und 2018 in keinem Fall 50 Prozent überschreiten. Damit werden weit auseinander liegende Verhandlungspositionen zur Höhe des Abschlags und langwierige Verhandlungen und Schiedsstellenverfahren vermieden.
- Die *Berechnungsweise des Pflegezuschlags* wird ausgabenneutral modifiziert, damit auch Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei einem Krankenhaus bei der Berechnung des Pflegezuschlags berücksichtigt wird.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat vor seinem Beschluss über ein *gestuftes System von stationären Notfallstrukturen* in Krankenhäusern eine Folgenabschätzung durchzuführen und deren Ergebnisse bei seiner Beschlussfassung zu berücksichtigen. Im Hinblick auf den dafür erforderlichen Zeitbedarf werden die Fristen für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses und für die Vereinbarung der Höhe der Notfallzu- und -abschläge jeweils um ein Jahr verlängert.
- Für *Mehrkosten von G-BA-Richtlinien* kann auch bei besonderen Einrichtungen die Obergrenze für den Budgetzuwachs überschritten werden.
- Zur Umsetzung einer Übergangsfrist der *EU-Kodierungs-Richtlinie* hinsichtlich bestimmter technischer Vorschriften für die Kodierung *medizinischer Gewebe und Zellen* wird den betroffenen Einrichtungen eine Übergangsfrist zur Anpassung ihrer IT- und Etikettierungssysteme eingeräumt.
- Es wird klargestellt, dass die durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) eingeführten Neuregelungen zur Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte vom Bundesversicherungsamt (BVA) bereits ab dem RSA-Jahresausgleich für das Jahr

2013 zu berücksichtigen waren. Außerdem wird geregelt, dass die Festlegung des RSA-Klassifikationsmodells nach § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auch nach ihrer Bekanntgabe durch das BVA angepasst werden konnte, um die Änderungen des GKV-FQWG bereits ab dem RSA-Jahresausgleich für das Jahr 2013 umzusetzen. Die Änderungen treten rückwirkend zum 1. August 2014 in Kraft.

Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf den Ausschussdrucksachen 18(14)0196.2neu und 18(14)0196.3neu wurden einstimmig angenommen.

Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf der Ausschussdrucksache 18(14)0196.6 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Weiterhin hat dem Ausschuss für Gesundheit zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4095 ein Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. auf Ausschussdrucksache 18(14)0196.5neu mit folgendem Wortlaut vorgelegen:

„In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d werden in Absatz 4 Satz 1 die Wörter "40 Prozent der" durch das Wort "die" und das Wort „vereinbarten“ durch das Wort „vereinbarte“ ersetzt.

Begründung:

Nach § 1 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist der Zweck der Regelungen zur Krankenhausfinanzierung, „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird einerseits klargestellt, dass eine Mindestausstattung mit Personal für eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist und von den Krankenhäusern auch verlangt wird. Andererseits sollen den Krankenhäusern die zur Finanzierung von Tarifierhöhungen notwendigen Mittel nur teilweise zur Verfügung gestellt werden. Dieses Missverhältnis würde entweder zu einer – sanktionierten – Nichteinhaltung der Vorgaben zu Personalbesetzungen führen, für die Krankenhäuser auf mittlere Sicht wirtschaftlich nicht tragbar sein oder beides.

Daher ist die Beschränkung der Refinanzierung auf nur 40 Prozent der Personalkostensteigerungen zu streichen (§ 3 Absatz 4 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung-E).“

Dieser Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)196.5neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Zu dem Gesetzentwurf lagen dem Ausschuss für Gesundheit zwei Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss um eine Stellungnahme gemäß § 109 GO-BT gebeten hat.

1. Die Petentin forderte, dass das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser frühestens 2017 verbindlich eingeführt und die so gewonnene Zeit von Krankenhaus- und Krankenkassenvertretern dafür genutzt wird, sachgerechte Alternativen zum derzeitigen geplanten System zu entwickeln.

2. Der Petent forderte, der Deutsche Bundestag möge beschließen, der Regierung gesetzlich zu verbieten, die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden zu verwenden.

Die Petitionen wurden in den Beratungen des Ausschusses berücksichtigt. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Die **Fraktion der CDU/CSU** war der Auffassung, dass der vorgelegte Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eine gelungene Modifizierung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (PEPP-System) sei. Die Fachverbände hätten den Gesetzentwurf und diese Neuerungen begrüßt. Künftig sei das Entgeltsystem als Budgetsystem ausgestaltet, das den Besonderheiten der Leistungserbringung

Rechnung trage. Durch den Vergleich der Krankenhäuser werde bei der Leistungserbringung Transparenz hergestellt. Die sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung werde durch die stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Bereich wesentlich gestärkt. Der Selbstverwaltung werde durch das PsychVVG viele neue Aufgaben bei der Implementierung des modifizierten Systems übertragen. Den komplexen und durchaus komplizierten Umsetzungsprozess werde man eng begleiten. Hinsichtlich der Entnahme von 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zur besseren finanziellen Ausstattung des Gesundheitsfonds betonte die Fraktion, dass dies eine einmalige Maßnahme sei. Diese könne zwar ordnungspolitisch kritisch diskutiert werden. Allerdings bedürften besondere Zeiten auch besonderer Maßnahmen. Es müssten Antworten auf die anstehenden Herausforderungen gegeben werden. Durch diese Entnahme könnten die temporären Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2017 ausgeglichen werden.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, durch die konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten könne nun ein sehr gutes Gesetz verabschiedet werden. Zwar werde das PEPP-System nicht gänzlich abgelöst. Aber Regelungen, die zu grundsätzlichen Belastungen für Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einem PEPP-Preissystem hätten führen können, seien durch die im Gesetz vorgesehene Budgetfindung abgelöst und durch ergänzenden Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen noch weiter verbessert worden. Damit habe man die Grundlage dafür geschaffen, dass schwerstpsychisch erkrankten Menschen durch beispielsweise eine nunmehr noch ausgeweitete stationsäquivalente Therapiemöglichkeit erstmalig stationäre Behandlungsformen auch außerhalb des Krankenhauses angeboten würden. Somit würden insgesamt durch das PsychVVG sowohl der Entgeltbereich bei den Leistungserbringern als auch die Orientierung auf eine stärker sektorenübergreifende Versorgung der psychisch Erkrankten auf den richtigen Weg gebracht. Über die Entnahme von 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds habe man intensiv mit dem Koalitionspartner diskutiert. Die Begründung, dass diese Mittel zum Ausgleich der Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgrund der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten nach Erhalt eines Aufenthaltstitels und bei Versicherungspflicht in der GKV dienen, halte man nach wie vor für politisch schwierig. Nach Auffassung der Fraktion der SPD habe die Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe grundsätzlich aus Steuermitteln zu erfolgen.

Die **Fraktionen der CDU/CSU und SPD** betonten im Zusammenhang mit der Änderung der Berechnungsweise für den Pflegezuschlag (ÄA 12), es sei ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers, dass die Mittel zur Finanzierung zusätzlichen Pflegepersonals grundsätzlich in reguläre Beschäftigungsverhältnisse von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mündeten.

Die **Fraktion DIE LINKE**. begrüßte sehr, dass die weit verbreitete Kritik an PEPP die Koalition zu Änderungen veranlasst habe. Man hätte allerdings durchaus mehr machen können. Die Umstellung auf krankenhausesindividuelle Entgeltverhandlungen sei zwar grundsätzlich gut. Der leistungsbezogene Vergleich, der weiterhin durch PEPP ermittelte Daten verwende, bewirke allerdings eine Art „PEPP durch die Hintertür“. Trotz einiger Verbesserungen bleibe damit die Grundrichtung der Finanzierungsreform falsch. Sie setze nicht auf eine bedarfsdeckende Finanzierung, sondern setze ähnliche Fehlanreize, wie sie durch PEPP zu befürchten gewesen seien. Gerade in der Psychiatrie und Psychosomatik könne man nicht alle Patienten über einen Kamm scheren, da dieselbe Diagnose sehr unterschiedliche Verläufe und Behandlungsstrategien umfasse. Die Aufnahme von Personalregelungen in das Gesetz sei grundsätzlich positiv, allerdings wäre es besser, die Entwicklung der neuen Personalvorgaben nicht in die Hände der Krankenhäuser und Kassen zu legen, sondern auch Wissenschaftseinrichtungen und Patientenvertretungen hinzuzuziehen. Die Entnahme von 1,5 Milliarden Euro aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen bezeichnete die Fraktion als „Wahlkampfmanöver“, da auf diese Weise die Zusatzbeiträge im Wahljahr stabil gehalten werden könnten. Die Begründung, das Geld sei unter anderem für die Versorgung von Flüchtlingen vorgesehen, sei fadenscheinig und schüre Ressentiments.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** betonte, der Gesetzentwurf stelle einen wichtigen Fortschritt gegenüber dem bisherigen System dar. Auf der einen Seite werde das reine Preissystem abgelöst und auf der anderen Seite werde eine verbindliche Festlegung für eine Nachfolgeregelung der Psych-PV geschaffen. Zusätzlich gebe es einen kleinen Einstieg in die Flexibilisierung der Versorgung. Dies seien eindeutig Schritte in die richtige

Richtung. Die Schiedsstellenfähigkeit der Soziotherapie sei zudem sehr erfreulich. Dennoch fehlten nach wie vor eine Leitidee, wo die Versorgung hingehen solle, sowie die Einbettung in ein Versorgungskonzept. Es gebe in diesem Gesetzentwurf einige gute Anknüpfungspunkte für eine Weiterentwicklung in der nächsten Wahlperiode. Die krankenhausesbezogenen Elemente sehe die Fraktion eher kritisch. Die Begründung für die Entnahme aus den Reserven des Gesundheitsfonds, dass die Mittel für die Versorgung von Asylbewerbern benötigt würden, sei ein richtiger „Fauxpas“. Bisher sei es immer gelungen klarzumachen, dass nicht die Versicherten die Kosten der Integration von Menschen mit Fluchthintergrund tragen würden. Dies sei äußerst bedauerlich und ein großer politischer Fehler.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/95285, 18/9837 empfiehlt, wird auf die Begründung in der Drucksache verwiesen. Zu den vom Ausschuss vorgenommenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Um eine möglichst hohe Akzeptanz der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbarten bundeseinheitlichen Definition von Krankenhausstandorten bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern zu erreichen, soll diese Definition auch im Benehmen mit den Ländern vereinbart werden. Hierdurch wird sichergestellt, dass im Rahmen der Vereinbarung auch krankenhausesplanerische Aspekte berücksichtigt werden können. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung soll das Benehmen mit zwei Vertretern der Länder hergestellt werden, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. Vergleichbare Regelungen zur Benehmensherstellung mit den Ländern und zur Benennung von Ländervertretern durch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder sind im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bereits an mehreren Stellen enthalten (§ 65c Absatz 2 Satz 4, § 92 Absatz 7e Satz 2, § 137a Absatz 7 Nummer 11 SGB V). Durch die Einbindung der Länder in der vorgesehenen Weise dürfte für die Länder Erfüllungsaufwand in nur geringfügiger Größenordnung entstehen, sodass sich der im Gesetzentwurf für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ermittelte Erfüllungsaufwand auch nur geringfügig erhöhen dürfte.

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 28 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Buchstabe a

Durch die Änderung wird erreicht, dass die Erhebungen für die Krankenhausstatistik auch Sachverhalte oder Differenzierungsmerkmale umfassen können, die nicht ausdrücklich in dieser Norm genannt sind, wenn dies zur Verbesserung der Aussagekraft der Statistik angezeigt ist. So können die Erhebungsmerkmale der Krankenhausstatistik auf der Grundlage des § 2a, der mit diesem Gesetz eingeführt wird, künftig auch die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen umfassen. Andernfalls wäre für eine Erweiterung der zu erhebenden Sachverhalte oder der Differenzierungsmerkmale jeweils eine gesetzliche Änderung erforderlich. Für die Krankenhäuser bleibt der Umfang der zu übermittelnden Angaben weiterhin vorhersehbar, da es sich bei den zusätzlich zu erhebenden Angaben gemäß Absatz 2 Satz 1 nur um solche handeln kann, die für die Zwecke des Krankenhausfinanzierungsgesetzes benötigt werden. Dabei darf es sich bei der Erweiterung der Erhebungsmerkmale jeweils nicht um personenbezogene Daten handeln. Die Festlegung der einzelnen Erhebungsmerkmale erfolgt durch die Krankenhausstatistik-Verordnung.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung des Absatzes 2 wird die schon im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung des Absatzes 4 zu Buchstabe b.

Zu Artikel 2 Nummer 4 (§ 3 der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Buchstabe d (Absatz 3 Satz 1)

Durch die vorgenommene Ergänzung wird klargestellt, dass Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu berücksichtigen sind. Dies kann sich z. B. in einem höheren Versorgungsaufwand oder in strukturellen Spezifika niederschlagen.

Zu Buchstabe d (Absatz 3 Satz 4 Nummer 6)

Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu Buchstabe d (Absatz 3 Satz 5)

Absatz 3 Satz 5 sieht bislang u. a. vor, dass Überschreitungen der Obergrenze aufgrund der Tatbestände nach Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 2 nur zulässig sind, wenn Leistungszuwächse durch zusätzliche Kapazitäten aufgrund krankenhauserplanerischer Entscheidungen oder des Investitionsprogramms eines Landes begründet sind. In Fortführung des geltenden Rechts können auch zukünftig Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen, also die Zunahme des Versorgungsbedarfs für psychisch kranke Menschen, die Zulässigkeit der Überschreitung der Obergrenze aufgrund der Tatbestände nach Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 2 begründen.

Zu Buchstabe d (Absatz 3 Satz 9 und 10)

Satz 8 sieht vor, dass die Vertragsparteien zu vereinbaren haben, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist, wenn eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde. Durch das Einfügen von zwei neuen Sätzen wird einerseits mit Satz 9 gewährleistet, dass eine nur kurzfristige Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl, die sich z. B. auf Grund von Personalfluktuatation ergeben kann, nicht zu einer Absenkung des Gesamtbetrags führt. Andererseits wird mit Satz 10 klargestellt, dass für den Fall, dass eine Absenkung des Gesamtbetrags vereinbart wurde und das Krankenhaus zu einem späteren Zeitpunkt zusätzliches Personal einstellt, die durch die Neueinstellung verursachten zusätzlichen Personalkosten in dem Gesamtbetrag für den folgenden Vereinbarungszeitraum erhöhend zu berücksichtigen sind. Hierdurch werden die durch die Neueinstellungen verursachten Personalkosten finanziert.

Zu Buchstabe d (Absatz 4 Satz 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung von zwei Sätzen in Absatz 3.

Zu Buchstabe f Doppelbuchstabe bb (Absatz 5 Satz 2) und zu Buchstabe h Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstaben aaa (Absatz 7 Satz 1 im Satzteil vor der Aufzählung) und ccc (Absatz 7 Satz 1 Nummer 3)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einfügung von zwei Sätzen in Absatz 3.

Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 4 der Bundespflegesatzverordnung)

Durch die Änderung wird statt der bisherigen Kann-Regelung vorgegeben, dass die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach Fachgebieten untergliedert auszuweisen sind. Im Ergebnis werden damit die Vorgaben für den leistungsbezogenen Vergleich verbindlicher und auch aussagekräftiger ausgestaltet. Insbesondere der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist gesondert auszuweisen, um medizinische Besonderheiten dieses Fachgebiets bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags nach § 3 zu berücksichtigen.

Zu Artikel 2 Nummer 6 Buchstabe b (§ 6 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung)

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Vertragsparteien vor Ort für die Vergütung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung entweder eigenständige tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte oder aber ergänzende krankenhauserindividuelle Zuschläge zu den vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten Entgelten vereinbaren können. Hierdurch wird die Flexibilität der Vertragsparteien bei der Vereinbarung einer sachgerechten Vergütung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der

Leistungserbringung erhöht. Die ergänzenden Zuschläge für Besonderheiten in der Leistungserbringung sind jenseits der Vorgaben des § 5 zu vereinbaren und nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 2 Bestandteil des Gesamtbetrags.

Zu Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung)

Um eine angemessene Transparenz des Leistungsgeschehens der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu gewährleisten und einen aussagefähigen leistungsbezogenen Vergleich zu ermöglichen, ist neben der Streichung von nicht benötigten Schlüsseln auch eine Weiterentwicklung des Prozedurenschlüssels erforderlich. Ziel muss es sein, dass Aufwandsunterschiede für in hochwertigen Leitlinien empfohlene psychiatrische und psychosomatische Maßnahmen vollständig erfasst werden können. Durch die Änderung wird gewährleistet, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene sich nicht auf die Streichung von Schlüsseln beschränken. Vielmehr sind auch neue Prozeduren vorzuschlagen, die für eine sachgerechte Abbildung des Leistungsgeschehens erforderlich sind.

Zu Artikel 2 Nummer 11a (§ 13 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu der mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Aufhebung des § 10.

Zu Artikel 2 Nummer 13a (§ 16 der Bundespflegesatzverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung einer stationsäquivalenten Behandlung. Die Änderung fügt die stationsäquivalente Behandlung von Versicherten als zusätzliche Form der stationären Behandlung in die Regelungen zur Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen ein.

Zu Artikel 2 Nummer 14 (§ 18 der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Ergänzung des Absatzes 1 um eine neue Nummer 5 wird die bisherige Änderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der neuen Nummer 5.

Zu Doppelbuchstabe dd

Für Einrichtungen, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht bis zum Jahr 2017 einführen, wird die Anwendung der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit der Maßgabe versehen, dass § 3 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung entsprechend anzuwenden ist. Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass auch die nicht optierenden Einrichtungen in dem Zeitraum bis Ende 2017 weiterhin einen Anspruch auf eine anteilige Tarifkostenrefinanzierung haben.

Zu Buchstabe b (Doppelbuchstabe bb)

Mit der Änderung wird geregelt, dass Krankenhäuser bereits für die Jahre 2016 bis 2019 nicht nur gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, sondern auch gegenüber den Kostenträgern nachzuweisen haben, inwieweit sie die Vorgaben zur Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Zahl der Personalstellen einhalten. Die näheren Einzelheiten zu der Nachweisverpflichtung werden unverändert durch § 18 Absatz 2 Satz 4 bis 6 sowie durch die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 vorgegeben.

Zu Buchstabe c

Der neue Absatz 3 regelt die Konsequenzen, die sich aus der Einführung der Nachweispflicht nach Absatz 2 Satz 2 auch gegenüber den Kostenträgern ergibt. Satz 1 sieht vor, dass soweit der Personalnachweis nach Absatz 2 Satz 2 bei der tatsächlichen jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung im Referenzjahr 2016 eine Unterschreitung der Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen ausweist, für die Jahre 2017 bis 2019 die Finanzierung der Nachbesetzung der nicht besetzten Stellen bis zur Höhe der Psych-PV-Vorgaben ermöglicht wird. Ziel dabei ist, eine verbesserte Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV zu erreichen. Hierzu sind die Kosten für zusätzlich zu besetzende Stellen erhöhend im Gesamtbetrag nach § 3 Absatz 2 zu berücksichtigen.

Nach Satz 2 gilt im Hinblick auf eine Personalaufstockung zur verbesserten Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV, dass die hierfür im Gesamtbetrag basiswirksam zu berücksichtigenden, entstehenden zusätzlichen Personalkosten nicht durch die Obergrenze des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 begrenzt werden. Vielmehr kann im Hinblick auf diesen Ausnahmetatbestand für die Vereinbarung der Gesamtbeträge für die Jahre 2017, 2018 und 2019 die Obergrenze überschritten werden. Zugleich darf nach Satz 3 trotz einer durch den Personalnachweis nach Absatz 2 Satz 2 festgestellten Unterschreitung der Psych-PV-Vorgaben weder eine Rückzahlung von Personalfinanzierungsmitteln vorgenommen noch der Gesamtbetrag abgesenkt werden, wenn das Krankenhaus nachweist, dass es die vereinbarten Personalkosten (Abschnitt K3 nach Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung) insgesamt nicht unterschritten hat. Dabei sind Kosten für Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, die den Sachkosten zugeordnet werden, als Personalkosten zu berücksichtigen. Wird im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtbetrags für ein folgendes Kalenderjahr festgestellt, dass die vereinbarten und entsprechend abgegrenzten Personalkosten im vorangegangenen Kalenderjahr nicht unterschritten wurden, darf somit der Gesamtbetrag auch bei einer Unterschreitung der Personalvorgaben der Psych-PV nicht abgesenkt werden, da von einer zweckentsprechenden Mittelverwendung auszugehen ist.

Ein zweckwidriger Einsatz von Mitteln, die für Personalkosten vereinbart wurden, liegt demgegenüber z. B. dann vor, wenn vom Krankenhaus Personalmittel für investive Zwecke eingesetzt werden. Wurden Personalmittel zweckwidrig eingesetzt, so findet nach Satz 4 keine automatische Absenkung des Gesamtbetrags statt. Vielmehr haben die Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen eine Absenkung des Gesamtbetrags vorzunehmen ist (entsprechende Anwendung von § 3 Absatz 3 Satz 8). Nach Satz 5 finden die Sätze 1 bis 4 auch für den Gesamtbetrag von Krankenhäusern entsprechend Anwendung, die im Jahr 2017 ihre Leistungen noch nicht nach dem neuen Entgeltsystem abrechnen.

Zu Artikel 4 Nummer 0a (§ 4 Absatz 2b des Krankenhausentgeltgesetzes)

Für die Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort wird für den erhöhten Abschlag, der nach Satz 2 für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen mit wirtschaftlich begründeter Fallzahlsteigerung zu verhandeln ist, für die Anfangsjahre 2017 und 2018 eine gesetzliche Obergrenze in Höhe von 50 Prozent vorgegeben. Durch die gesetzliche Obergrenze können sehr unterschiedliche Vorstellungen der Vertragsparteien auf Ortsebene zur erhöhten Abschlagshöhe und eine Vielzahl von langwierigen Schiedsstellenverfahren verhindert werden. Für die Jahre ab dem Jahr 2019 gilt für den erhöhten Abschlag nach Satz 2 keine gesetzliche Obergrenze mehr. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Vertragsparteien vor Ort dann die bisherige gesetzliche Obergrenze zur Orientierung für ihre Vereinbarungen nutzen.

Die Regelung steht im Zusammenhang mit der gesetzlichen Festlegung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags für die Jahre 2017 und 2018 (siehe § 10 Absatz 13).

Zu Artikel 4 Nummer 0b (§ 5 Absatz 3c des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nach § 5 Absatz 3c, der durch das Krankenhausstrukturgesetz eingeführt wurde, können die Krankenhäuser und Kostenträger vor Ort befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten vereinbaren, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung entstehen. Entsprechende Mehrkosten können auch in besonderen Einrichtungen entstehen, die zeitlich befristet vom System der Diagnosis Related Groups (DRG) ausgenommen sind und deshalb

krankenhausindividuelle Entgelte vereinbaren. Da der Anstieg dieser krankenhausindividuellen Entgelte (die sogenannte Erlössumme) nach geltender Rechtslage durch den Veränderungswert begrenzt ist, kann es vorkommen, dass besondere Einrichtungen die aus G-BA-Mindestanforderungen zur Struktur- oder Prozessqualität resultierenden Mehrausgaben nicht vollständig refinanzieren können. Um eine entsprechende Benachteiligung besonderer Einrichtungen gegenüber DRG-Krankenhäusern zu vermeiden, sieht die Änderung vor, dass die Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme durch den Veränderungswert für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in G-BA-Richtlinien entstehen, nicht gilt. Insoweit sieht die Änderung eine entsprechende Überschreitungsmöglichkeit der Obergrenze vor, wie sie § 10 Absatz 4 Satz 4 bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte eröffnet.

Zu Artikel 4 Nummer 0c (§ 8 Absatz 10 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Die zum 1. Januar 2017 in Kraft tretende Regelung zum Pflegezuschlag lässt das Personal unberücksichtigt, das in den Krankenhäusern beschäftigt, aber nicht direkt angestellt ist. Dies sind zum Beispiel Personen mit Gestellungsverträgen mit den Schwesternschaften des Roten Kreuzes. In der Fachserie 12 Reihe 6.3 des Statistischen Bundesamtes werden diese Kosten nicht als Personalkosten für Pflege, sondern unter der Rubrik „nicht zuordenbare Personalkosten“ beziehungsweise nachrichtlich als Sachkosten ausgewiesen.

Krankenhäuser, in denen eine größere Anzahl von Pflegekräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis tätig ist, sind daher bei der Berechnung des Pflegezuschlags benachteiligt. Das ist nach dem Zweck der Regelung nicht gerechtfertigt, denn der Pflegezuschlag soll im Sinne einer besseren Patientenversorgung die Anwesenheit von genügend Pflegekräften gewährleisten, nicht deren Beschäftigungsstatus. Die Änderung nimmt daher die in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesene Anzahl der Vollkräfte in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus zum Maßstab. Diese Zahl wird zur Ermittlung der bundesweiten und der krankenhausspezifischen Kosten in der Pflege mit den Durchschnittskosten für Pflegekräfte im Bund beziehungsweise im jeweiligen Land multipliziert.

Diese Durchschnittskosten werden zwar nur auf Basis der direkt beim Krankenhaus Beschäftigten errechnet, die möglichen Kostenunterschiede sind aber nicht so gravierend, dass sie bei der Ermittlung der krankenhausspezifischen Anteile am Pflegezuschlagsvolumen ins Gewicht fallen würden.

Der Anteil der im Pflegedienst beschäftigten Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung liegt nach den Grunddaten der Krankenhäuser für das Jahr 2015 (Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1) bei 2,0 Prozent. Mit der Zielsetzung, im Kontext des Pflegezuschlags die Entwicklung dieses Anteils im Blick zu behalten, legt das Bundesministerium für Gesundheit nach Veröffentlichung der Grunddaten der Krankenhäuser für das Jahr 2019 durch das Statistische Bundesamt dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einen Bericht zur Entwicklung des Anteils der Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus vor.

Zu Artikel 4 Nummer 1 (§ 9 Absatz 1a des Krankenhausentgeltgesetzes)

Die beiden redaktionellen Änderungen, die klarstellen, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus das DRG-Institut ist, sind bereits im Gesetzentwurf enthalten.

Die Frist für die Vereinbarung der Höhe und der näheren Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene wird als Folgeänderung zur Fristverlängerung für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (§ 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) verlängert. Da die Frist für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses um ein Jahr auf den 31. Dezember 2017 verlängert wird, wird auch die Frist für die auf diesem Beschluss basierende Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner um ein Jahr auf den 30. Juni 2018 verlängert.

Zu Artikel 4 Nummer 2 (§ 10 Absatz 13 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe c (Doppelbuchstabe aa)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb. Da die Höhe des Abschlags in den Einführungsjahren 2017 und 2018 bundeseinheitlich auf 35 Prozent festgelegt wird, hat die Vereinbarung der Vertragspartner erstmals bis zum 30. September 2018 für das Jahr 2019 zu erfolgen.

Zu Buchstabe c (Buchstabe bb)

Anstelle einer Vereinbarung nach Satz 1 durch die Vertragsparteien auf Landesebene wird die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags für die Anfangsjahre 2017 und 2018 bundeseinheitlich auf 35 Prozent festgelegt. Durch die gesetzliche Festlegung wird auf die von den Vertragspartnern in den Ländern geäußerten sehr unterschiedlichen Vorstellungen zur Abschlagshöhe reagiert und in der Phase der Einführung eine Vielzahl von langwierigen Verhandlungen und Schiedsstellenverfahren verhindert. Um weit auseinander liegende Verhandlungspositionen und konfliktträchtige Verhandlungen zu vermeiden, wird zudem für die Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort für den erhöhten Abschlag, der nach § 4 Absatz 2b Satz 2 für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen mit wirtschaftlich begründeter Fallzahlsteigerung zu verhandeln ist, für die Jahre 2017 und 2018 eine gesetzliche Obergrenze vorgegeben (siehe § 4 Absatz 2b).

Für die Jahre ab dem Jahr 2019 ist die Höhe des Abschlags nach § 10 Absatz 13 Satz 1 durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbaren. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Vertragsparteien dann die bisherigen gesetzlichen Werte als Basis für ihre Verhandlungen nutzen.

Zu Artikel 4 Nummer 3 (§ 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass zu den vom Krankenhaus zu übermittelnden Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Kennzeichen der Standorte des Krankenhauses gehören, die an der Behandlung beteiligt sind. Hierdurch sollen Auslegungsunsicherheiten vermieden werden. Würde je Krankenhausfall nur ein Standortkennzeichen übermittelt, bliebe die Regelung hinter dem geltenden Recht zurück, das auch die Übermittlung eines Kennzeichens für den entlassenden Standort vorsieht.

Zu Artikel 5 Nummer 1 des Gesetzentwurfs (§ 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, nach der der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 insbesondere die Voraussetzungen, unter denen auch Psychotherapeuten zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind, und den Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Psychotherapeuten mit dem Leistungserbringer bestimmen soll, ist nicht erforderlich. Das angestrebte Regelungsziel ist auch ohne die ausdrückliche Ergänzung in § 37a Absatz 2 Nummer 3 und 5 erreicht. Die Verordnungsbefugnisse von Psychotherapeuten und die damit verbundenen Regelungsbefugnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind durch die bereits im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vorgenommene Änderung des § 73 Absatz 2 hinreichend klargestellt.

Zu Artikel 5 Nummer 1 (§ 39 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Buchstabe b

Durch die Änderung wird auf eine einschränkende Voraussetzung für die Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung verzichtet mit dem Ziel, die stationsäquivalente Behandlung zu erleichtern. Die stationsäquivalente Behandlung soll eine kontinuierliche Begleitung von Patientinnen und Patienten während einer Krankheitsphase ermöglichen, um stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Eine stationsäquivalente Behandlung nur während einer akuten Krankheitsphase könnte dagegen dazu führen, dass sie vorrangig bei Spontaninterventionen zur Anwendung kommt.

Zu Artikel 5 Nummer 1a (§ 65d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Sexueller Missbrauch von Kindern stellt in Deutschland nach übereinstimmenden Auffassungen aus Wissenschaft, Bevölkerung und Politik ein gesellschaftlich relevantes Problem dar. Die Ursachen sexuellen Missbrauchs sind vielfältig; nach Schätzungen handelt es sich bei den Tätern zu etwa 40 Prozent um Menschen mit einer pädophilen Neigung. Geschätzte 60 Prozent der Täter sind nicht pädophil; Missbrauchshandlungen sind hier eher eine Art Ersatzhandlung, oftmals bedingt durch anderweitige psychische Störungen. In jedem Fall ist begangenen sexuellen Übergriffen auf Kinder mit den geltenden Regelungen des Strafrechts zu begegnen.

Es muss darüber hinaus aber auch präventiv darauf hingewirkt werden, dass mögliche drohende sexuelle Übergriffe auf Kinder nicht begangen werden. Bei Missbrauchshandlungen, die auf pädophile Neigungen zurückzuführen sind, kann hierzu auch im Gesundheitswesen ein wichtiger Beitrag geleistet werden.

Nach nationalen und internationalen Standards handelt es sich bei der Pädophilie um eine Variante der Sexualpräferenz, die sich sehr häufig als krankheitswertig darstellt, z. B. durch den individuellen Leidensdruck, durch Schwierigkeiten der Trieb- und Impulskontrolle oder durch anderweitige komorbide psychische Störungen. Dementsprechend gibt es bereits vereinzelt spezialisierte Therapieangebote, an die sich Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen, wenden können. Dort sollen sie lernen, mit ihren Neigungen so umzugehen und sie so zu kanalisieren, dass sie sie nicht ausleben, sondern sicher kontrollieren. Kern der therapeutischen Intervention sind Beratung, kognitiv-verhaltenstherapeutische und sexualmedizinische Ansätze, zum Teil auch mit einer begleitenden, den Sexualtrieb dämpfenden medikamentösen Therapie.

Eine wichtige Bedingung für ein Angebot medizinisch-therapeutischer Leistungen für Menschen mit pädophilen Störungen ist die Zusicherung und die Wahrung der Anonymität. Denn die drohende Stigmatisierung bei Bekanntwerden der Diagnose Pädophilie – auch gegenüber der Krankenkasse oder dem Krankenversicherungsunternehmen – soll nicht zum Verzicht auf eine notwendige und insbesondere auch dem Schutz von Kindern vor sexuellem Missbrauch dienende Therapie führen. Dies bedeutet jedoch auch, dass die Leistungserbringung in diesem Bereich die Erprobung neuer Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen erfordert. Im Hinblick auf den zu erwartenden Finanzierungsbedarf für solche Modellvorhaben wird die Fördersumme von 5 Millionen Euro pro Kalenderjahr festgelegt.

Durch die Regelung entsteht nur geringer Erfüllungsaufwand beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) für die Aufstellung der Förderkriterien, die zu treffenden Förderentscheidungen und die Vergabe des Evaluierungsauftrags. Die konkrete Höhe des Aufwandes für die Förder- und Vergabeentscheidungen hängt maßgeblich von den vom GKV-Spitzenverband erst noch zu entwickelnden Förderkriterien ab und ist daher derzeit nicht konkret bezifferbar.

Zu Absatz 1

Die Förderung des GKV-Spitzenverbandes soll Leistungserbringern zu Gute kommen, an die sich Menschen mit einer pädophilen Sexualpräferenz wenden können, die sich freiwillig in Therapie begeben wollen. Die Förderung soll damit dazu beitragen, dass pädophile Neigungen kontrolliert und therapiert und damit sexuelle Übergriffe auf Kinder verhindert werden. Förderungsfähig sind nur Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dies sind beispielsweise Vertragsärzte, Psychotherapeuten oder ermächtigte Ärzte und Einrichtungen wie Hochschulambulanzen oder psychiatrische Institutsambulanzen. Dies dient u. a. der Qualitätssicherung der angebotenen Therapieleistungen.

Die Modellvorhaben sind zeitlich zu befristen; es gelten die in § 63 Absatz 5 festgelegten Zeiträume. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten der Patienten gelten die Vorgaben nach den Vorschriften des § 63 Absatz 3 Satz 1 und 4, Absatz 3a und 5 entsprechend. Damit kann in den Modellvorhaben von den Vorgaben des Zehnten Kapitels mit einer schriftlich erteilten Einwilligung der an den Modellvorhaben teilnehmenden Patienten abgewichen werden, soweit es für das Modellvorhaben erforderlich ist. Für die mit der Einwilligung verbundenen Vorgaben zur Information der Patienten sowie zum Widerruf gilt § 63 Absatz 3a. Soweit in Modellvorhaben von den Vorgaben des Zehnten Kapitels abgewichen wird, sind die Modellvorhaben auf längstens fünf Jahre zu befristen, personenbezogene Daten der Patienten, die in Abweichung vom Zehnten Kapitel erhoben, verarbeitet und genutzt worden sind, sind unverzüglich nach Abschluss des Modellvorhabens zu löschen und die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit oder die Landesbeauftragten für den

Datenschutz sind – soweit zuständig – rechtzeitig vor Beginn des Modellvorhabens zu unterrichten (§ 63 Absatz 5). Da die Zusicherung und Wahrung der Anonymität der teilnehmenden Patienten beim Leistungsbezug und bei der Leistungsabrechnung eine wichtige Bedingung für die Inanspruchnahme des Angebotes medizinisch-therapeutischer Leistungen für Menschen mit pädophilen Störungen darstellt, gelten die Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nach den Vorschriften des § 63 Absatz 3 Satz 1 und 4, Absatz 3a und 5 mit der Maßgabe, dass die Anonymität der an diesen Modellvorhaben teilnehmenden Patienten zu gewährleisten ist. Eine Einschränkung der Anonymität kommt nur in Betracht, soweit die Patienten darin einwilligen, z. B. für die Nutzung pseudonymisierter Daten im Rahmen der Evaluation oder ein freiwilliger Übergang in den Leistungsbezug in der Regelversorgung.

Zu Absatz 2

Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung ist ein zentrales Element dieser Modellvorhaben. Absatz 2 sieht daher eng angelehnt an § 65 vor, dass der GKV-Spitzenverband eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen hat. Die Regelung sieht als Ziel dieser wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung zudem ausdrücklich die Erreichung möglichst hochwertiger Evidenz zur Wirksamkeit der Therapieangebote nach Absatz 1 vor. Dabei sind die Besonderheiten der pädophilen Sexualstörungen zu berücksichtigen. Hintergrund ist, dass sich im Hinblick auf den Charakter der Pädophilie als eine mit potenziell strafrechtlich relevantem Verhalten verbundene psychische Störung methodische – und auch ethische – Grenzen der Evaluierung ergeben können. Eventuell hieraus resultierende methodische Beschränkungen sind insoweit zu tolerieren. Weitere Beschränkungen können sich aus der zu beachtenden Anonymität der Betroffenen als wichtige Bedingung für die Inanspruchnahme des Angebotes medizinisch-therapeutischer Leistungen für Menschen mit pädophilen Störungen ergeben.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass der von unabhängigen Sachverständigen auf der Grundlage und unter Einbeziehung von externem Sachverstand zu erstellende Bericht nach Absatz 2 über die Ergebnisse der Auswertung zu veröffentlichen ist. Zentral ist dabei, dass die Evaluation auf der Grundlage und unter Einbeziehung von unabhängigem Sachverstand durchzuführen ist, um den Besonderheiten dieser Modellvorhaben und Therapieangebote Rechnung zu tragen. Für die Unabhängigkeit der Sachverständigen ist insbesondere entscheidend, dass diese nicht in einem Beschäftigungsverhältnis zu Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen stehen oder als Leistungserbringer oder deren Angestellte tätig sind. In Frage kommen insbesondere unabhängige Forschungseinrichtungen, wie z. B. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Zu Absatz 4

Da sich pädophile Betroffene in den meisten Fällen nur unter der Voraussetzung der Anonymität des Leistungsbezugs und der Leistungsabrechnung in ein derartiges Therapieprogramm begeben, scheiden die üblichen, personenbezogenen Finanzierungs- und Abrechnungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Praktiziert werden soll stattdessen eine einrichtungsbezogene Förderung über ein Umlageverfahren, das alle Krankenkassen gemessen an ihrer Versichertenzahl an der Finanzierung beteiligt.

Die Förderung durch die gesetzliche Krankenversicherung bezieht sich auf die Leistungen, die primär der Krankenbehandlung zuzuordnen sind. Der Förderumfang ist insoweit zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem förderfähigen Leistungserbringer zu vereinbaren. An der Finanzierung des gesamten Modellvorhabens können sich daher weitere private und öffentliche Einrichtungen, einschließlich Ministerien auf Bundes- und Landesebene, beteiligen, etwa durch private Spenden oder finanzielle Förderungen. Dies kann beispielsweise im Hinblick auf die Kosten solcher Leistungen erfolgen, die die geförderte Einrichtung ebenfalls erbringt, die aber nicht unmittelbar dem Bereich der Krankenbehandlung zuzuordnen sind (etwa für Öffentlichkeitsarbeit).

Aufgrund der Anonymität des Angebotes ist damit zu rechnen, dass sich unter den Patienten der geförderten Einrichtung auch privat Krankenversicherte befinden können. Deshalb können sich auch private Krankenversicherungen oder der Verband der Privaten Krankenversicherung an einem solchen Modellvorhaben beteiligen.

Es wird vorgegeben, dass Bereinigungen nach § 64 Absatz 3, die bei Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 und § 64a durchzuführen sind, bei Modellvorhaben nach § 65d nicht durchgeführt werden. Der Aufwand für die

Durchführung der Bereinigungen wäre voraussichtlich größer als der festgelegte Förderbetrag bzw. das potenzielle Bereinigungsvolumen je Krankenkasse.

Zu Artikel 5 Nummer 3 des Gesetzentwurfs (§ 101 Absatz 1 Satz 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 101 Absatz 1 Satz 10 in der Fassung des Gesetzentwurfs verpflichtet psychiatrische Institutsambulanzen, standortbezogen die zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten an den Landesausschuss zu übermitteln. Mit der Änderung wird die Übermittlungspflicht aufgehoben. Die Änderung dient dem Ziel, einen übermäßigen bürokratischen Aufwand bei den psychiatrischen Institutsambulanzen zu vermeiden. Sofern keine belastbaren Daten aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes vorliegen, bleibt es damit bei der in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen pauschalen Anrechnung.

Zu Artikel 5 Nummer 4 des Gesetzentwurfs (§ 109 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Durch die Änderung wird vermieden, dass die Krankenhäuser, die stationsäquivalente Behandlung durchführen, hinsichtlich ihrer Bettenkapazität einem verpflichtenden Bettenabbau unterliegen. Ein verpflichtender Abbau von Betten als Folge der Durchführung stationsäquivalenter Behandlung könnte sich negativ auf die Bereitschaft der Krankenhäuser auswirken, sich für die Durchführung dieser neuen Behandlungsform zu entscheiden. Hinzu kommt, dass auch bei Patienten, die stationsäquivalent behandelt werden, ein Rückgriff auf die Krankenhausstrukturen erforderlich sein kann, wenn kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der Betroffenen eine stationäre Aufnahme erforderlich machen. Derzeit liegen auch noch keine gesicherten Erkenntnisse vor, in welchem Umfang Bettenkapazitäten auf Grund der stationsäquivalenten Behandlung entbehrlich werden. Dies wird im Rahmen der vorgesehenen Evaluation der stationsäquivalenten Behandlung zu untersuchen sein.

Zu Artikel 5 Nummer 2 (§ 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Absatz 1 Satz 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Artikel 5 Nummer 2 (§ 39 Absatz 1).

Zu Absatz 2

Zu den Nummern 3 und 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung von Artikel 5 Nummer 4 (§ 109 Absatz 1).

Zu Artikel 5 Nummer 3 (§ 118 Absatz 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die ambulante ärztliche Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz kann nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Um den flächendeckenden Zugang zu einer Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz zu erleichtern, wird die regelhafte Beschränkung der Überweisung auf Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf Ärzte mit einer äquivalenten Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung erweitert. Dies können insbesondere Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung fachgebundene Psychotherapie sein.

Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 132b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die ambulante Soziotherapie nach § 37a ist eine Leistung für Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie soll dazu beitragen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Sie leistet damit einen unverzichtbaren Beitrag für die medizinische Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen. Die Si-

herstellung einer flächendeckenden Versorgung mit ambulanter Soziotherapie ist daher von besonderer Bedeutung. Die Umsetzung der Leistungen der ambulanten Soziotherapie erfolgt in den Ländern jedoch sehr unterschiedlich, in vielen Ländern nur unzureichend.

Wesentliche Hindernisse, die zu den bestehenden Versorgungsdefiziten beitragen, sind Probleme bei den Vertragsverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern, insbesondere hinsichtlich der Vergütung der Leistungen. Zwar ist der als Kann-Regelung ausgestalteten Formulierung in § 132b zu entnehmen, dass es keinen uneingeschränkten Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags geben kann. Jedoch reduziert sich das Ermessen der Krankenkassen angesichts des Leistungsanspruchs des Versicherten und der Vorgabe der bedarfsgerechten Versorgung regelmäßig so weitgehend, dass eine Schiedsregelung für die Fälle, in denen sich die Vertragspartner nicht einigen, sinnvoll für Abhilfe sorgen und zu einer Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen kann.

Zu Artikel 5 Nummer 6 (§ 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a

Die Sätze 1 bis 3 entsprechen dem Gesetzentwurf.

Mit der Ergänzung des § 136a Absatz 2 wird geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen festzulegen hat. Damit wird dem G-BA ausdrücklich aufgegeben, sich insbesondere mit möglichen Umsetzungsschwierigkeiten zu befassen, die mit der Einführung von verbindlichen Mindestvorgaben zum 1. Januar 2020 verbunden sein können. Er hat danach beispielsweise die Erforderlichkeit von Übergangsfristen oder Ausnahmen im Hinblick auf eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung der Patienten zu prüfen. Von Bedeutung sein können dabei insbesondere Umsetzungshindernisse, die von der einzelnen Einrichtung nicht zu beeinflussen sind, wie beispielsweise ein etwaiger Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt. Ebenso kommen Ausnahmen bei strukturellen und organisatorischen Besonderheiten in Betracht, um beispielsweise besonderen Versorgungsstrukturen und Therapiekonzepten Rechnung zu tragen.

Zudem wird geregelt, dass die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften beteiligt werden, indem sie Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten, die der G-BA zu berücksichtigen hat.

Zu den Buchstaben b, c und d

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einfügung der neuen Sätze 4 bis 6.

Zu Artikel 5 Nummer 7 (§ 136c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a

Die Änderungen entsprechen dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung unter Doppelbuchstabe aa wird die Frist für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2017 verlängert. Dies ist eine notwendige Folgeänderung zu der Regelung unter Doppelbuchstabe bb, durch die der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet wird, vor seinem Beschluss eine Folgenabschätzung durchzuführen und deren Ergebnisse bei seiner Beschlussfassung zu berücksichtigen. Wegen des Zeitbedarfs für eine belastbare Folgenabschätzung ist der Beschluss erst bis zum 31. Dezember 2017 zu treffen. Eine aussagekräftige Folgenabschätzung, z. B. im Hinblick auf die Patientenversorgung sowie auf die Versorgungsstrukturen, ist erforderlich, weil die bislang vorliegenden Konzepte für ein gestuftes System von Notfallstrukturen stark voneinander abweichen und die jeweiligen Auswirkungen nicht hinreichend abschätzbar sind. Insbesondere wird noch nicht deutlich genug, welche Auswirkungen die vorliegenden Konzepte auf die Funktions- und Tragfähigkeit des sensiblen Bereichs der stationären Notfallversorgung haben. Daher wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, entsprechende Analysen durchzuführen und bei seiner Beschlussfassung zu berücksichtigen.

Zu Artikel 5 Nummer 11 (§ 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Es wird klargestellt, dass die durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) eingeführten Neuregelungen zur Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im Risikostrukturausgleich vom Bundesversicherungsamt (BVA) schon ab dem für das Jahr 2013 durchgeführten Jahresausgleich zu berücksichtigen waren. Diese Klarstellung tritt – ebenso wie die Neuregelung des § 269 durch das GKV-FQWG – mit Wirkung vom 1. August 2014 in Kraft.

Auch wenn sich diese Klarstellung damit auf Jahresausgleiche bezieht, die das BVA schon durchgeführt hat, steht das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot einer rückwirkenden Klarstellung nicht entgegen. Bei dem aus dem Rechtsstaatsprinzip folgenden Rückwirkungsverbot geht es in erster Linie um den grundrechtlich verbürgten (Vertrauens-)Schutz des einzelnen Bürgers. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nehmen Krankenkassen aber als dem Staat eingegliederte Körperschaften des öffentlichen Rechts der Sache nach Aufgaben in mittelbarer Staatsverwaltung wahr und können insoweit nicht zugleich Verpflichtete und Adressatinnen der Grundrechte sein. Juristische Personen des öffentlichen Rechts können sich nur dann auf Vertrauensschutz berufen, wenn sie von der Verfassung eine eigenständige und unabhängige Stellung zugewiesen bekommen haben, die hinsichtlich der durch das Rechtsstaatsprinzip geschützten Interessen der eines Grundrechtsträgers vergleichbar ist und die deshalb aufgrund der Vorgaben der Verfassung auch gleichwertigen Schutz genießt. Dies ist bei Krankenkassen aber nicht der Fall. Außerdem wird durch die rückwirkende Klarstellung keine Krankenkasse schlechter gestellt, als sie auf Grund der Bescheide des BVA über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) in den Jahresausgleichen 2013 und 2014 steht.

Zu Artikel 5 Nummer 14 (§ 295 Absatz 1b Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung von Artikel 5 Nummer 3 des Gesetzentwurfs (Aufhebung der durch den Gesetzentwurf in § 101 Absatz 1 Satz 10 eingefügten Datenübermittlungspflicht).

Zu Artikel 6a (§ 31 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1

Mit der Änderung wird sichergestellt, dass die Festlegung des Klassifikationsmodells nach § 31 Absatz 4 Satz 1 nach ihrer Bekanntgabe durch das Bundesversicherungsamt (BVA) angepasst werden kann, um die Änderungen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz im Risikostrukturausgleich bereits ab dem Jahresausgleich für das Jahr 2013 umzusetzen.

Zu Nummer 2

Durch die Änderung wird das BVA verpflichtet, die unterjährigen Anpassungen des Klassifikationsmodells für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 an die geänderten rechtlichen Vorgaben in gleicher Weise bekannt zu machen wie unterjährige Anpassungen auf Grund von Aktualisierungen der Kodierung der Diagnosen oder der Arzneimittelklassifikation.

Zu Artikel 6b (§ 142a des Arzneimittelgesetzes)

Mit § 142a Absatz 3 wird in Ergänzung zum Gesetz zur Umsetzung der Richtlinien (EU) 2015/566 und (EU) 2015/565 zur Einfuhr und zur Kodierung menschlicher Gewebe und Gewebezubereitungen (BGBl. I S. ...) die Übergangsfrist für die Kodierung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen aus dem peripheren Blut oder aus dem Nabelschnurblut und Gewebezubereitungen entsprechend Artikel 2 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie (EU) 2015/565 der Kommission vom 8. April 2015 zur Änderung der Richtlinie 2006/86/EG hinsichtlich bestimmter technischer Vorschriften für die Kodierung menschlicher Gewebe und Zellen (ABl. L 93 vom 9.4.2015, S. 43, im Folgenden Kodierungs-Richtlinie) umgesetzt.

Zu Artikel 6c (§ 43 der Arzneimittel- und Stoffherstellungsverordnung)

Mit § 43 Absatz 2 wird in Ergänzung zum Gesetz zur Umsetzung der Richtlinien (EU) 2015/566 und (EU) 2015/565 zur Einfuhr und zur Kodierung menschlicher Gewebe und Gewebezubereitungen die Übergangsfrist für die Kodierung von hämatopoetischen Stammzellen und Stammzellzubereitungen aus dem peripheren Blut oder aus dem Nabelschnurblut sowie von menschlichen Gewebe und Gewebezubereitungen (BGBl. I ...) entsprechend Artikel 2 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie (EU) 2015/565 der Kommission vom 8. April 2015 zur Änderung der Richtlinie 2006/86/EG hinsichtlich bestimmter technischer Vorschriften für die Kodierung menschlicher Gewebe und Zellen (ABl. L 93 vom 9.4.2015, S. 43, im Folgenden Kodierungs-Richtlinie) umgesetzt. Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 6b.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Absatz 1 wird im Hinblick auf die neuen Absätze 2 und 4 redaktionell angepasst.

Zu Absatz 2

Die Änderungen des § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und des § 31 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sollen am gleichen Tag in Kraft treten wie die Änderungen dieser Vorschriften durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz. Zur Vereinbarkeit des rückwirkenden Inkrafttretens mit dem verfassungsrechtlichen Rückwirkungsverbot wird auf die Ausführungen in der Begründung zu Artikel 5 Nummer 11 (Änderung des § 269 SGB V) verwiesen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt inhaltsgleich das bisher durch Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzentwurfs vorgegebene Inkrafttreten der Änderungen zum Fixkostendegressionsabschlag zum Tag des Kabinettschlusses.

Zu Absatz 4

Der neue Absatz 4 regelt, dass Artikel 4 Nummer 0a, Nummer 2 Buchstabe c und Artikel 5 Nummer 7 Buchstabe b rückwirkend am Tag der 3. Lesung des Deutschen Bundestages in Kraft treten.

Die in Artikel 4 Nummer 0a und Nummer 2 Buchstabe c vorgenommenen Änderungen von § 4 Absatz 2b und § 10 Absatz 13 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) treffen gesetzliche Festlegungen zur Höhe des Fixkostendegressionsabschlags für die Jahre 2017 und 2018. Der neue § 4 Absatz 2b Satz 9 KHEntgG führt für die Jahre 2017 und 2018 für die Vereinbarung eines erhöhten Fixkostendegressionsabschlags durch die Vertragsparteien vor Ort eine gesetzliche Obergrenze ein. Der neue § 10 Absatz 13 Satz 3 KHEntgG ersetzt für diese Jahre die Verhandlungen der Vertragsparteien auf Landesebene zur Höhe des Fixkostendegressionsabschlags. Beide Regelungen sollen deshalb bereits am Tag der 3. Lesung des Gesetzentwurfs im Deutschen Bundestag in Kraft treten.

Mit der in Artikel 5 Nummer 7 Buchstabe b vorgesehenen Änderung des § 136c Absatz 4 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, vor seinem Beschluss über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern eine Folgenabschätzung durchzuführen. Wegen des hierfür entstehenden Zeitbedarfs, wird zugleich die bislang vorgesehene Frist für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (derzeit: 31. Dezember 2016) um ein Jahr verlängert. Dementsprechend muss die Regelung vor dem Jahresende 2016 in Kraft treten.

Berlin, den 9. November 2016

Ute Bertram
Berichterstatlerin

Dirk Heidenblut
Berichterstatter

Harald Weinberg
Berichterstatter

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatlerin

