

**Gesetz
zur Weiterentwicklung der Versorgung
und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
(PsychVVG)**

Vom 19. Dezember 2016

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel 1
Änderung des
Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 2 wird folgender § 2a eingefügt:

„§ 2a

Definition von Krankenhausstandorten

(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 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 Krankenhaus-

entgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegegesetzverordnung 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.

(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.“

2. In § 10 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „ihr DRG-Institut“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
3. § 17b wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 6 wird das Wort „DRG-Instituts“ durch die Wörter „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 Satz 6 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
 - 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.

d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner“ 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:

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:

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 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.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „voll- und teilstationären“ die Wörter „sowie stationsäquivalenten“ eingefügt.

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.

c) In Absatz 3 Satz 3 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(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 § 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.“

e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „oder besondere Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 4“ gestrichen.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Bundesministerium“ durch die Wörter „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.

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.

dd) In Satz 5 wird das Wort „Bundesministeriums“ durch die Wörter „Bundesministeriums für Gesundheit“ ersetzt.

f) In Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

6. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 wird im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „kann“ das Wort „insbesondere“ eingefügt.
- 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.

Artikel 2 Änderung der Bundespflugesatzverordnung

Die Bundespflugesatzverordnung 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.
2. In § 1 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „vollstationären“ ein Komma und das Wort „stationsäquivalenten“ eingefügt.
3. In § 2 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „oder durch das Krankenhaus“ eingefügt.
4. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift werden die Wörter „für die Jahre 2013 bis 2018“ gestrichen.
 - b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - 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:
 - 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 Bundespflugesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 in den Jahren 2015 und 2016 in 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 Asylbewerber-

leistungsgesetz“ 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:

„(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,
2. Veränderungen von Art und Menge der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Leistungen, einschließlich regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung,
3. Kostenentwicklungen sowie Verkürzungen von Verweildauern, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung,
4. die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4,
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,
6. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 6.

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 Krankenträger 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 vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Eine Absenkung des Gesamtbetrags 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
2. die Erlössumme.

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 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.
- 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.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„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.

h) Der neue Absatz 7 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 12“ eingefügt.

bbb) In Nummer 1 wird die Angabe „20 Prozent“ durch die Angabe „50 Prozent“ ersetzt.

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.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenträger 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:

„§ 4

Leistungsbezogener Vergleich

(1) Zur Unterstützung der Vertragsparteien nach § 11 bei der Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerts und sonstiger leistungsgerechter krankenhausesindividueller 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,
2. die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2,
3. die vereinbarten Entgelte sowie
4. die Ergebnisse der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung für die Erbringung der jeweiligen Leistungen.

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,

2. die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2 sowie
3. der Umfang der personellen Ausstattung.

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.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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:

„(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 zugrunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende Darlegung der Besonderheit zu übermitteln.

(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.“

c) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 4 und 5.

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.

e) Der neue Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Werden krankenhausspezifische 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:

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:

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:

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.

bb) In Nummer 5 werden die Wörter „für die Begrenzung der Entwicklung der Basisentgeltwerts nach § 10 Absatz 3“ gestrichen.

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 nach § 4 Rechnung zu tragen ist,“ ersetzt.

dd) Die folgenden Nummern 7 bis 9 werden angefügt:

„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

- sel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum nächstmöglichen Zeitpunkt umsetzen,
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,
 9. bis zum 1. Januar 2019 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltssystem 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 Entgeltssystem im Krankenhaus zum Zweck der Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs und zum Verfahren für die Übermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 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.
10. § 10 wird aufgehoben.
 11. § 11 wird wie folgt geändert:
 - 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:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Landesbasisentgeltwerts nach § 10 und der“ 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:
 - 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:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - 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:
 - 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.
 - bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus 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 Entgeltssystem 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 Sät-

zen 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.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(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 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.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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 „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

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 dieses Gesetzes 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 krankenhausesindividuellen 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.

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.

1. § 9 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

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.

2. § 10 wird wie folgt geändert:

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.

b) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „ihr DRG-Institut“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

bb) In den Sätzen 3 und 4 wird jeweils das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

cc) In Satz 5 wird das Wort „DRG-Instituts“ durch die Wörter „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

c) Absatz 13 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

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:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Stelle“ durch das Wort „Datenstelle“ ersetzt und wird das Wort „(DRG-Datenstelle)“ gestrichen.

b) Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, ab dem 1. Januar 2020 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 2020 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.

Artikel 5

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 5 des Gesetzes vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„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:

„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 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.“

2. Nach § 115c wird folgender § 115d geändert:

„§ 115d

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

(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.

(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

1. die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,
2. die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,
3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern.

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.

(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.“

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 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,
2. besondere Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sowie
3. das Verfahren, in dem nachzuweisen ist, ob diese vertraglichen Vorgaben erfüllt sind.

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.“

5. § 136 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- 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 Quali-

- tätssicherung insbesondere über Qualitätssicherungszuschläge regeln.“
6. § 136a Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
- „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.“
- 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 8 wird wie folgt gefasst:
- „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.“
- 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.
7. § 136c wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Landesbehörden“ die Wörter „sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ eingefügt und wird nach dem Wort „einrichtungsübergreifenden“ das Wort „stationären“ gestrichen.
- bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „einrichtungsübergreifenden“ das Wort „stationären“ gestrichen.
- 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.“
8. § 137 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser fest.“
9. In § 137a Absatz 6 wird nach den Wörtern „Gemeinsamen Bundesausschuss“ das Wort „insbesondere“ eingefügt.
10. In § 137h Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „in einer Richtlinie nach § 137“ durch die Wörter „nach den §§ 136 bis 136b“ ersetzt.
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.
12. § 271 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:
- „Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2017 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“
13. Dem § 293 wird folgender Absatz 6 angefügt:
- „(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

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.“

14. § 295 Absatz 1b wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 wird das Wort „DRG-Datenstelle“ durch das Wort „Datenstelle“ ersetzt.

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; 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.“

15. § 301 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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 2020 dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,“.

c) In Nummer 6 werden nach dem Wort „im“ die Wörter „oder vom“ eingefügt.

Artikel 6

Änderung des Psych-Entgeltgesetzes

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.“

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 1 des Gesetzes vom 21. November 2016 (BGBl. I S. 2623) 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 Gewebezubereitungen 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 4 des Gesetzes vom 21. November 2016 (BGBl. I S. 2623) 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.“

Artikel 7
Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Januar 2017 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 3. August 2016 in Kraft.

(4) Artikel 4 Nummer 0a, Nummer 2 Buchstabe c und Artikel 5 Nummer 7 Buchstabe b treten mit Wirkung vom 10. November 2016 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 19. Dezember 2016

Der Bundespräsident
Joachim Gauck

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister für Gesundheit
Hermann Gröhe