

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

(PsychVVG)

A. Problem und Ziel

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

B. Lösung

Die Rahmenbedingungen für die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) werden weiter entwickelt. An dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird festgehalten. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Vielmehr wird die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt. Eine sektorenübergreifende Versorgung wird gefördert.

Im Einzelnen ist der Gesetzentwurf durch die folgenden Schwerpunkte gekennzeichnet:

- Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem; dabei werden die Budgets einzelner Einrichtungen unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten vereinbart,
- Leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument,
- Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung,
- Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage, verbunden mit der Vorgabe, dass die Erfüllung von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere von auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation ist,
- Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld,
- Weiterentwicklung der Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen,
- Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen.

C. Alternativen

Keine. Nach einem im Sommer 2014 gestarteten Diskussionsprozess wird mit den Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems vom 18. Februar 2016 die Kritik an der bisherigen Ausrichtung des Psych-Entgeltsystems aufgenommen.

Dementsprechend haben die Eckpunkte von Leistungserbringern, Kostenträgern und aus der Wissenschaft eine breite Zustimmung erfahren. Der Gesetzentwurf setzt diese Eckpunkte um.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

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

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen des Gesetzes wird die gesetzliche Krankenversicherung ab dem Jahr 2017 voraussichtlich mit rund 60 Millionen Euro jährlich belastet. Den Mehrausgaben stehen Einsparungen gegenüber, die nicht valide quantifiziert werden können (z. B. durch die Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld).

E. Erfüllungsaufwand

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes entsteht im Jahr 2017 Erfüllungsaufwand von rund 225 000 Euro für die Verwaltung und von rund 50 000 Euro für die Wirtschaft. In den Folgejahren überwiegen demgegenüber jährliche Einsparungen insbesondere aufgrund des Wegfalls der Konvergenzregelungen zu den Landesbasisentgeltwerten. Auf der Grundlage grober Schätzungen belaufen sich die Entlastungen für die Verwaltung im Jahr 2018 auf rund 73 000 Euro und in den Jahren 2019 und 2020 auf jeweils rund 104 000 Euro.

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 zur Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen zur Herstellung der Leistungstransparenz in psychiatrischen Institutsambulanzen.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Bürokratiekosten aus Informationspflichten entstehen nicht.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der gesamte Erfüllungsaufwand liegt im Jahr 2017 bei rund 225 000 Euro. In den Folgejahren kommt es insgesamt zu Einsparungen. Auf der Grundlage grober Schätzungen belaufen sich die Entlastungen im Jahr 2018 auf rund 73 000 Euro und in den Jahren 2019 und 2020 auf jeweils rund 104 000 Euro.

Für die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) entstehen im Jahr 2017 Belastungen in Höhe von rund 225 000 Euro, im Jahr 2018 Belastungen in Höhe von rund 79 000 Euro und in den Jahren 2019 und 2020 jeweils Belastungen von rund 47 000 Euro.

Für die Vertragsparteien auf Landesebene tritt im Jahr 2017 durch das Gesetz zunächst keine Änderung ein. Ab dem Jahr 2018 entstehen bei Saldierung der Be- und Entlastungen jährliche Entlastungen in Höhe von jeweils rund 151 000 Euro.

F. Weitere Kosten

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2017 auf rund 3 Millionen Euro. Auch diesen Mehrausgaben stehen nicht quantifizierbare Einsparungen gegenüber.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

(PsychVVG)

Vom 19. Mai 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 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:

„§ 2a

Bestimmung einer 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 **[Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)]** eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Definition des Krankenhausstandorts eine eindeutige Abgrenzung insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer 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 privaten Krankenversicherungsunternehmen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich.

(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.“

2. In § 10 Absatz 2 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 wird das Wort „DRG-Instituts“ durch die Wörter „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 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 „ein eigenes DRG-Institut“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

- d) In den Absätzen 7, 8 und 10 werden die Wörter „DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner“ und das Wort „DRG-Institut“ jeweils durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
4. § 17c wird wie folgt geändert:
- a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
- „(2a) Um den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern und ihre Zielgenauigkeit zu erhöhen, werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weiter zu entwickeln. Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren die näheren Einzelheiten für die Weiterentwicklung und deren Umsetzung. Für die Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist eine Vereinbarung erstmals bis zum 30. Juni 2017 zu treffen. Für die Weiterentwicklung sind insbesondere Prüfungen aufgrund von statistischen Auffälligkeiten und Prüfungen von Merkmalen der Strukturqualität einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 oder 3 nicht zustande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen.“
- b) In Absatz 3 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ und 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) In Satz 7 werden nach dem Wort „kalkuliert“ ein Komma sowie die Wörter „die ab dem 1. Januar 2020 die Anforderungen nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen sollen“ eingefügt.
- bb) Folgende Sätze werden angefügt:
- „Soweit an der Kalkulation teilnehmende Einrichtungen die Anforderungen nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 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 wird das Wort „DRG-Institut“ durch das Wort „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zum Jahresende 2009“ gestrichen.
- bb) Die Sätze 2 und 4 werden aufgehoben.
- cc) Im neuen Satz 2 wird die Angabe „4 bis 9“ durch die Angabe „3 bis 6“ ersetzt.
- dd) Im neuen Satz 5 werden nach der Angabe „1. Januar 2017“ die Wörter „unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen“ eingefügt.

- ee) Nach dem neuen Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
„Ab dem Jahr 2019 sind von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung der krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag anzupassen.“
 - ff) Die bisherigen Sätze 8 und 9 werden aufgehoben.
 - 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“ 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. 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.

Artikel 2

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 1 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 4 werden nach dem Wort „Vergütungssystems“ die Wörter „unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen“ eingefügt.
 - bb) In Satz 5 wird die Angabe „Absatzes 3“ durch die Angabe „Absatzes 5“ ersetzt.
 - c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Komma nach dem Wort „vereinbaren“ durch ein Semikolon 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 zweifacher und in den Jahren 2017 und 2018 in einfacher Höhe als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrages 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 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.
- cc) In Satz 4 Nummer 2 werden die Wörter „nach § 6 Absatz 3“ gestrichen.
- d) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 3 und 4 eingefügt:

„(3) Für die Jahre ab 2019 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren. Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2019 ist der nach Absatz 2 Satz 4 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2018, auf den die Vorgaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend anzuwenden sind; in den Folgejahren ist entsprechend auf der Ausgangsgrundlage des jeweils vereinbarten Gesamtbetrags des Vorjahres vorzugehen. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses, die von den bundesweiten Katalogen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 und 2 umfasst sind,
2. Veränderungen von Art und Menge von krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen und leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten,
3. Kostenentwicklungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
4. die Ergebnisse des Vergleichs nach § 4,
5. für das Jahr 2019 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen sowie einer Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegegesetzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung,
6. für die Jahre ab 2020 die Umsetzung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal,
7. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 5.

Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 3 Nummer 5 oder 6 dies erfordern oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 5 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 3 Nummer 1 oder 2 ist nur zulässig, wenn eine Substitution von vollstationären Leistungen durch teilstationäre oder stationsäquivalente Leistungen oder eine Verlagerung der Leistungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, nicht möglich ist. Sofern die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten, möglicher Leistungsverlagerungen, leistungsbezogener struktureller Besonderheiten sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 vereinbaren, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, haben sie für die Jahre ab 2019 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 vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Der vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. Erlösbudget für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2,

2. Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3,
3. Erlössumme für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4.

Der Gesamtbetrag ist um Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Basisberichtigung des bisherigen Budgets 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 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 nächst möglichen Pflegezeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 9 sind zu beachten. Eine Begrenzung durch Absatz 3 Satz 4 gilt insoweit nicht.“

- e) Die bisherigen Absätze 3 bis 7 werden 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) In Satz 2 werden nach der Angabe „Satz 5“ die Wörter „oder Absatz 3 Satz 9“ eingefügt.
 - g) Der neue Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „für die Jahre 2013 bis 2018“ gestrichen, werden nach der Angabe „Absatz 2 Satz 5“ jeweils die Wörter „oder Absatz 3 Satz 9“ eingefügt und wird die Angabe „20 Prozent“ durch die Angabe „50 Prozent“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 Nummer 2 und 3 wird jeweils die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
5. § 4 wird wie folgt gefasst:

„§ 4

Leistungsbezogener Vergleich

(1) Der leistungsbezogene Vergleich bildet die Grundlage zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte, die im Rahmen der Budgetverhandlung zu vereinbaren sind. In den leistungsbezogenen Vergleich sind insbesondere die der letzten Budgetvereinbarung jeweils zugrunde gelegten Leistungen, leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, die vereinbarten Entgelte, die Ergebnisse der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung für die Erbringung der jeweiligen Leistungen sowie die Leistungen, die in anderen Versorgungsbereichen erbracht werden, einzubeziehen. Die Krankenhausleistungen und deren Vergütungen sind dabei grundsätzlich bundes- und landesweit zu vergleichen.

(2) Den Vertragsparteien nach § 11 und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind die Vergleichsdaten zur Verfügung zu stellen. Sie 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“ gestrichen.
- bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.
- b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 2 und 3 eingefügt:
 - „(2) Für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, die nicht bereits mit den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 sachgerecht vergütet werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte. Voraussetzung ist eine vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorab einzuholende Information, inwieweit eine leistungsbezogene strukturelle Besonderheit nicht bereits sachgerecht vergütet werden kann. Die Information hat das Krankenhaus insbesondere unter Beschreibung der leistungsbezogenen strukturellen Besonderheit und der mit der Besonderheit verbundenen Zusatzkosten bis spätestens zum 31. Oktober, erstmalig zum 31. Oktober 2018, anzufordern; soweit dies für die Abgabe der Information erforderlich ist, sind auf Anforderung vom Krankenhaus zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Liegt die Information bei fristgerecht erfolgter Anfrage bis zur Budgetvereinbarung für das Krankenhaus nicht vor, kann die Vereinbarung ohne die Information geschlossen werden. Nach der Vereinbarung eines Entgelts für eine leistungsbezogene strukturelle Besonderheit 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 Beschreibung der leistungsbezogenen strukturellen Besonderheit zu übermitteln.
 - „(3) Die Entgelte nach Absatz 1 und 2 sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 sind zu beachten und entsprechende Kalkulationsunterlagen vorzulegen. In eng begrenzten Ausnahmen vereinbaren die Vertragsparteien Zusatzentgelte.“
- c) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden Absätze 4 und 5.
- d) Im neuen Absatz 4 werden die Wörter „Erlösbudgets nach § 4 und der Erlössumme nach Absatz“ durch die Wörter „Gesamtbetrags nach § 3 Absatz 2 oder“ ersetzt.
- e) Der neue Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
 - „(5) Werden krankenhausesindividuelle Entgelte nach Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3 Satz 2 vereinbart, so ist für diese Entgelte im Rahmen des Gesamtbetrags nach § 3 Absatz 2 oder 3 eine Erlössumme zu bilden.“
- 7. In § 7 Satz 1 Nummer 4 werden die Wörter „für besondere Einrichtungen und“ gestrichen und werden nach der Angabe „(§ 6 Absatz 1)“ ein Komma und die Wörter „und für Leistungen mit strukturellen Besonderheiten (§ 6 Absatz 2)“ eingefügt.
- 8. § 8 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 wird aufgehoben.
 - b) Die bisherigen Absätze 4 bis 6 werden Absätze 3 bis 5.
- 9. § 9 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 5 werden die Wörter „für die Begrenzung der Entwicklung des Basisentgelts nach § 10 Absatz 3“ gestrichen.
 - bb) 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 Vertrags-

parteien auf Bundesebene vereinbarten Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung, wobei Daten für Zwecke des Vergleichs nach § 4 zu berücksichtigen sind,“ ersetzt.

cc) Folgende Nummern werden angefügt:

- „7. bis jeweils zum 31. März, erstmals zum 31. März 2017, Benennung von Diagnose- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die sich für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als nicht erforderlich erwiesen haben,
8. bis zum 31. März 2017 insbesondere die Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3, zum einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie zur Übermittlung der Daten,
9. bis zum 1. Januar 2018 die näheren Einzelheiten zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des Vergleichs nach § 4; in die Vereinbarung ist eine Regelung zum Verfahren der Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 2 aufzunehmen,
10. bis zum 31. März 2018 die näheren Einzelheiten des Verfahrens nach § 6 Absatz 2 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus; für die Finanzierung gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.“

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „bis 3“ durch die Wörter „und 2 sowie die Abrechnungsbestimmungen nach Nummer 3“ ersetzt.

10. § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10

Vereinbarung auf Landesebene

(1) Die in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) treffen die ihnen nach den folgenden Absätzen zugewiesenen Vereinbarungen.

(2) Für Zwecke des Vergleichs nach § 4 ermitteln die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 30. November eines Jahres, erstmals zum 30. November 2018, für das folgende Kalenderjahr einen landesweiten Basisentgeltwert. Für die Ermittlung gehen sie von der im Land vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der vereinbarten Summe der Erlöse für Bewertungsrelationen nach § 7 Satz 1 Nummer 1 aus; fehlende Werte sind zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen. Auf dieser Grundlage schätzen sie unter Beachtung der für die Vertragsparteien nach § 11 geltenden Vorgaben für die Vereinbarung des Erlösbudgets sowie der Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr.

(3) Für Zwecke des Vergleichs nach § 4 ermitteln die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 30. November eines Jahres, erstmals zum 30. November 2018, die jeweils durchschnittliche Entgelthöhe für krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis 3. Für die Ermittlung gehen sie von der für unterschiedliche Leistungen im Durchschnitt vereinbarten Entgelthöhe aus; fehlende Werte sind zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Eine Vereinbarung nach Absatz 2 und 3 kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande; sie ist schriftlich abzuschließen. Kommt eine Einigung bis zum 30. November des betreffenden Jahres nicht zustande, so setzt die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei unverzüglich die ausstehende Entscheidung fest.“

11. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 werden die Wörter „für die Jahre ab 2013, 2014, 2015, 2016 oder 2017 die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach der Anlage dieser Verordnung“ durch die Wörter „ab dem krankenhausindividuellen Einführungsjahr des Vergütungssystems und bis für das Jahr 2018 die maßgeblichen Unterlagen“ ersetzt.
 - bb) In Nummer 2 werden die Wörter „Abschnitte E1 bis E3 und B2 nach Anlage dieser Verordnung oder“ durch das Wort „Unterlagen“ ersetzt.
 - b) In Absatz 5 werden nach dem Wort „Krankenhauses“ ein Komma und werden die Wörter „einschließlich leistungsbezogener struktureller Besonderheiten,“ eingefügt.
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. In § 15 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „§ 3 Absatz 7 oder § 4 Absatz 10“ durch die Angabe „§ 3 Absatz 9“ ersetzt.
14. § 18 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 werden die Wörter „Absatz 4 Satz 1“ durch die Wörter „Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ ersetzt, werden die Wörter „zum 31. Dezember“ durch die Wörter „in Vollkräften“ ersetzt und werden folgende Sätze angefügt:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für die Maßnahmen nach Satz 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach Satz 2 und 3 muss 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 die nachzuweisenden Angaben nach Satz 2 und 3 zusätzlich zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes; erstmals zum 1. August 2017 sind die Angaben für das Jahr 2016 zu übermitteln.“
 - c) Absatz 3 wird aufgehoben.
15. Die Anlage zur Bundespflegesatzverordnung (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 1 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 9 Absatz 1a Nummer 3 und Nummer 5 wird jeweils das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
2. In § 10 Absatz 9 werden die Wörter „ihr DRG-Institut“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ und wird das Wort „DRG-Institut“ jeweils durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
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 [Einsetzen (erster Tag des vierten Jahres nach der Verkündung)] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags bis zum [Einsetzen: 30. Juni, des vierten Jahres nach der Verkündung] zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort,“.
 - c) In den Absätzen 3, 3a und 5 wird jeweils das Wort „DRG-Datenstelle“ durch das Wort „Datenstelle“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird nach dem Wort „vollstationär,“ die Angabe „stationsäquivalent (§ 115d),“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 wird vor dem Wort „teilstationäre“ das Wort „stationsäquivalente,“ eingefügt.
 - c) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Dauer, der Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“
2. In § 101 Absatz 1 Satz 10 wird vor dem Punkt ein Semikolon und werden die Wörter „für die Berücksichtigung der in den nach § 118 ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte übermitteln die Einrichtungen standortbezogen 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.

3. Dem § 109 Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Erbringt ein Krankenhaus stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (§ 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.“

4. Nach § 115c wird folgender § 115d eingefügt:

„§ 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 bei Vorliegen einer Indikation für stationäre psychiatrische Behandlung in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass das erforderliche Personal 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 [Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)] das Nähere zu

1. den Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,
2. den Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung,
3. den Anforderungen an die Beauftragung von an der psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern,
4. Grundsätzen für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten aufgrund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung (§ 109 Absatz 1 Satz 6).

Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die erforderliche Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung zu vereinbaren.

(3) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 2 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.

(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 hierfür erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.“

5. § 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, unter welchen Voraussetzungen eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Einrichtungen nach Satz 1 als bedarfsgerecht anzusehen ist, insbesondere aufgrund der Wahrnehmung einer zentralen Versorgungsfunktion, besondere Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sowie das Verfahren, in dem nachzuweisen ist, ob diese vertraglichen Vorgaben erfüllt sind.“

6. § 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 Qualitätssicherung über Qualitätssicherungszuschläge regeln.“

7. § 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.“

b) Die bisherigen Sätze 2 bis 4 werden die Sätze 4 bis 6.

c) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „und Empfehlungen nach Satz 1“ durch die Wörter „nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

d) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Maßnahmen nach Satz 2 spätestens bis zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu beschließen.“

e) Im neuen Satz 6 wird das Wort „Empfehlungen“ durch die Wörter „verbindlichen Mindestvorgaben“ und wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

8. In § 136c Absatz 2 wird in den Sätzen 1 und 2 jeweils nach dem Wort „einrichtungsübergreifenden“ das Wort „stationären“ gestrichen.

9. In § 137a Absatz 6 wird nach den Wörtern „Gemeinsamen Bundesausschuss“ das Wort „insbesondere“ eingefügt.

10. In § 137h Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 137“ durch die Wörter „den §§ 136 bis 136b“ ersetzt.

11. Dem § 293 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes führen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Sie können gemeinsam 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, die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten auf Anforderung an die das Verzeichnis führende Stelle zu übermitteln. Das Verzeichnis nach Satz 1 ist in nach Satz 8 Nummer 3 zu vereinbarenden Abständen zeitnah zu aktualisieren und im Internet zu veröffentlichen. Die Krankenhäuser verwenden die Kennzeichnung 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. Den Kostenträgern dient das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen sowie mit Anforderungen der Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss nutzt das Verzeichnis, soweit dies zur Erfüllung der nach diesem Gesetzbuch übertragenen Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung erforderlich ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)] das Nähere zum Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art und den Aufbau der Kennzeichen sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe,
3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung,
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen und
5. die Finanzierung der Aufwände, die durch das Führen und die fortlaufenden Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.

§ 2a Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend für die Auftragserteilung nach Satz 2 und die Vereinbarung nach Satz 8.“

12. § 295 Absatz 1b 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 Bestimmungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b bis spätestens zum [Einsetzen (ein Jahr nach Inkrafttreten)] einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der für die 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.“

13. § 301 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „oder deren Krankenhausträger“ eingefügt.
- b) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

- „2. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses sowie ab dem [Einsetzen (erster Tag des vierten Jahres nach der Verkündung)] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,“.
- c) In Nummer 6 werden nach dem Wort „im“ die Wörter „oder vom“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Psych-Entgeltgesetzes

In Artikel 8 Absatz 3 des Psych-Entgeltgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1147), das zuletzt durch Artikel 16c des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, werden die Wörter „am 1. Januar 2019“ durch die Wörter „am 1. Januar 2020“ ersetzt.

Artikel 6

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Regelungen des Gesetzentwurfs zielen auf die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen ab. Ziel ist es, die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern.

Der Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2013 sieht für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik vor, an dem Grundsatz von mehr Transparenz und Leistungsorientierung festzuhalten und zugleich notwendige systematische Veränderungen zu prüfen sowie eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu fördern. Vor diesem Hintergrund wurden bereits im Sommer 2014 maßgebliche Akteure vom Bundesministerium für Gesundheit zu einem strukturierten Dialog eingeladen. Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der am strukturierten Dialog Beteiligten sowie weiterer Akteure wurden am 18. Februar 2016 Eckpunkte zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) vorgelegt. Die Eckpunkte, die insbesondere auf eine Neuausrichtung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des Psych-Entgeltsystems abzielen, bilden die Grundlage für die Regelungen dieses Gesetzentwurfs.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die Rahmenbedingungen für die Anwendung des Psych-Entgeltsystems werden weiter entwickelt. An dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird festgehalten. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Vielmehr wird die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt. Eine sektorenübergreifende Versorgung wird gefördert. Im Einzelnen ist der Gesetzentwurf durch die folgenden Schwerpunkte gekennzeichnet:

II.1 Ausgestaltung als Budgetsystem

Das von den Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) vereinbarte Psych-Entgeltsystem wird auf der Grundlage eines Budgetsystems angewendet. Damit wird zugleich die bisher vorgesehene Anwendung als Preissystem aufgegeben. Zu erwarten ist, dass die geänderte Zielsetzung (Budget- statt Preisniveau) auch Rückwirkungen auf die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems hat. Diese sind frühestmöglich zu berücksichtigen, nach Möglichkeit bereits für den Katalog des Jahres 2017. In jedem Fall muss das Entgeltsystem geeignet sein, leistungsorientierte Budgetvereinbarungen zu unterstützen und die Transparenz über das Leistungsgeschehen zu erhöhen. Mit Unterstützung des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltsystems wird das Budget der einzelnen Einrichtung unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten (z. B. regionale Versorgungsverpflichtung) vereinbart. Dabei setzen die Verhandlungen auf den bestehenden Budgets auf. Für die Vereinbarung bedarfs- und leistungsgerechter Budgets haben die Vertragsparteien vor Ort unter Nutzung des Krankenhausvergleichs hausindividuelle Besonderheiten und Leistungsveränderungen zu berücksichtigen. Der Krankenhausvergleich soll als Vergleichs- und Transparenzinstrument den Vertragsparteien vor Ort zur Orientierung in den Vertragsverhandlungen dienen, auch um eine Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen. Von den Vertragsparteien vor Ort festgestellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhausesindividuell durch Anpassungsvereinbarungen berück-

sichtigt. Umfang, Dauer sowie weitere Einzelheiten der Anpassungsvereinbarungen gestalten die Vertragsparteien vor Ort aus. Der bisher vorgesehene gesetzliche Konvergenzprozess zu landeseinheitlichen Basisentgeltwerten wird daher aufgegeben. Im Ergebnis wird die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt. An der Leistungsorientierung der Vergütung, der verbesserten Transparenz des Leistungsgeschehens und der empirischen Kalkulation des Psych-Entgeltsystems wird festgehalten.

II.2 Verminderung des Dokumentationsaufwandes und Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig jährlich zu prüfen, ob Schlüssel der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten oder des Operationen- und Prozedurenschlüssels gestrichen werden können, weil sie sich nach Prüfung für Zwecke des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als nicht erforderlich erwiesen haben.

Um den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern und ihre Zielgenauigkeit zu erhöhen, werden zudem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) weiter zu entwickeln. Hierzu ist zuerst eine Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu treffen. Im Sinne einer Daueraufgabe haben der GKV-Spitzenverband und die DKG auch über diesen Termin hinaus geeignete Maßnahmen für eine effizientere und effektivere Abrechnungsprüfung zu vereinbaren und umzusetzen.

II.3 Leistungsbezogener Vergleich als Transparenzinstrument

Für die Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung zu vereinbaren sind, wird ein leistungsbezogener Vergleich eingeführt. Er findet nach dem Ende der budgetneutralen Phase des Psych-Entgeltsystems Anwendung. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausesindividuelle Aspekte zurückzuführen sind.

II.4 Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung

Um eine flächendeckend ausreichende Personalausstattung zu erreichen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Die im Rahmen der Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung festzulegenden Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Für den größten Teil der in stationären Einrichtungen behandelten psychischen Krankheiten existieren inzwischen S3-Leitlinien. Diese entsprechen der höchsten Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik von Leitlinien und erfüllen damit alle Elemente einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse). Soweit die Personalvorgaben nicht auf S3-Leitlinien und auch nicht auf anderweitige hohe Evidenz gestützt werden können, kann der G-BA bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben auch Expertise niedrigerer Evidenz einbeziehen. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung hat der G-BA zudem die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Orientierung heranzuziehen und dabei die aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Entwicklungsstand in der Versorgung zu berücksichtigen. Die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA zur Personalausstattung sollen bis zum 1. Januar 2020 wirksam werden.

II.5 Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage

Die Kalkulation des Entgeltsystems und seiner bundeseinheitlichen Entgelte erfolgt weiterhin auf empirischen Daten und unter Verwendung der Kostendaten der Kalkulationshäuser.

Ab dem Jahr 2017 soll die Kalkulationsgrundlage zudem repräsentativen Gesichtspunkten Rechnung tragen. Nachdem der G-BA verbindliche Vorgaben zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festgelegt hat, sind die Qualitätsvorgaben auch von den Einrichtungen, die an der Kalkulation teilnehmen, als Teilnahmevoraussetzung zu erfüllen. Die Kalkulation der Bewertungsrelationen erfolgt damit perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität. In der Übergangsphase bis zur Festlegung der Qualitätsvorgaben durch den G-BA und einer hinreichenden Umsetzung der Qualitätsvorgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll von den Kalkulationshäusern eine 100 prozentige Umsetzung der Psych-PV gefordert werden. Für die Kalkulation soll hierdurch eine möglichst umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV erreicht werden. Diese Soll-Vorgabe darf jedoch nicht dazu führen, dass eine belastbare Kalkulation aufgrund einer nicht mehr hinreichenden Kalkulationsgrundlage verhindert wird.

II.6 Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld

Die Versorgungsstrukturen werden weiter entwickelt, indem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld der Patientinnen oder Patienten durch spezielle Behandlungsteams ermöglicht wird. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen erhalten, sofern eine regionale Versorgungsverpflichtung besteht, die Möglichkeit, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen in deren häuslichem Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen. Da die betroffenen Patientinnen oder Patienten derzeit nur durch eine stationäre Aufnahme angemessen versorgt werden können, obwohl eine aufsuchende Behandlung mit einer 24-stündigen klinischen Versorgungsverantwortung an sieben Tagen die Woche ausreichend wäre, wird mit dem neuen Behandlungsangebot die Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöht. Für die Betroffenen führt dies zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben. Nach den bisherigen Erfahrungen können durch diese im häuslichen Umfeld erfolgende „Krankenhausbehandlung ohne Bett“ stationäre Aufenthalte vermieden oder verkürzt werden.

II.7 Weiterentwicklung der psychiatrischen Institutsambulanzen

Die Datengrundlage für die Konkretisierung des Versorgungsbeitrags der in psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten wird verbessert und damit eine zielgenauere Berücksichtigung von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen in der Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung ermöglicht.

Gleichzeitig soll mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen in den psychiatrischen Institutsambulanzen hergestellt werden. Hierfür werden der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die DKG verpflichtet, in der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf Art und Inhalt der Leistung sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten festzulegen.

II.8 Psychosomatische Institutsambulanzen

Psychiatrische Krankenhäuser mit psychosomatischen Fachabteilungen werden zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Behandlungsleistungen in dem vertraglich festzulegenden Umfang ermächtigt.

Darüber hinaus wird für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen das Erfordernis der regionalen Versorgungsverpflichtung gestrichen. Damit sind auch diese nicht generell zur psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung ermächtigt, sondern nur zur Behandlung der Gruppe von Kranken, die wegen Art, Dauer und Schwere der Erkrankung der Be-

handlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz bedürfen. Näheres hierzu ist zwischen dem GKV-Spitzenverband, der DKG und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertraglich zu regeln. Zudem haben die Vertragsparteien auf Bundesebene besondere Anforderungen an eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Leistungserbringung zu bestimmen.

II. 9 Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen

Der GKV-Spitzenverband und die DKG werden verpflichtet, eine bundeseinheitliche Definition der Kriterien von Krankenhausstandorten und der Krankenhausambulanzen festzulegen, die insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung der stationären Leistungen, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet ist.

Auf dieser Grundlage haben der GKV-Spitzenverband und die DKG künftig ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte und der Standorte von Krankenhausambulanzen zu führen und zu aktualisieren, wobei mit der Führung des Verzeichnisses auch das InEK beauftragt werden kann. Ein solches Verzeichnis ist u. a. Voraussetzung für die Regelungen des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) im Bereich der Qualitätssicherung und der Mengensteuerung.

III. Alternativen

Keine.

Nach einem im Sommer 2014 gestarteten Diskussionsprozess wird mit den Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems vom 18. Februar 2016 die Kritik an der bisherigen Ausrichtung des Psych-Entgeltsystems aufgenommen.

Dementsprechend haben die Eckpunkte von Leistungserbringern, Kostenträgern und aus der Wissenschaft eine breite Zustimmung erfahren. Der Gesetzentwurf setzt diese Eckpunkte um.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (GG). Danach können die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze durch Bundesgesetz erfolgen. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich (Artikel 72 Absatz 2 GG). Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelung betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, um einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG.

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

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. So kann angesichts der vorgesehenen Umsetzung als Budget- statt als Preissystem und der damit ver-

bundenen Stärkung der Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort auf das Instrument der „besonderen Einrichtung“ und die gesonderte Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hoher Kostenunterdeckung verzichtet werden. Als Konsequenz der gestärkten örtlichen Verhandlungskompetenz entfällt auch die schematische Konvergenz an einen Landesbasisentgeltwert. Die bisherigen differenzierten Vorgaben zur Verhandlung von Landesbasisentgeltwerten im Rahmen eines Preissystems werden reduziert auf die rechnerische Ermittlung eines Landesbasisentgeltwerts als Orientierungsmaßstab im Zusammenhang mit dem Vergleich nach § 4 der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV). In der Folge ist auch die Genehmigung des Landesbasisentgeltwerts durch die zuständige Landesbehörde nicht mehr erforderlich.

Das Standortverzeichnis für zugelassene Krankenhäuser führt für verschiedene, u. a. bereits mit dem KHSG eingeführte Aufgaben zu Rechts- und Verwaltungsvereinfachungen, indem es für die Umsetzung der jeweiligen Aufgaben maßgebliche Informationen in einer bundeseinheitlichen Form zur Verfügung stellt. Dies gilt insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung von stationären Leistungen, für die Krankenhausplanung oder für Zwecke der Krankenhausstatistik.

Aus Gründen der Rechtsklarheit wird die aufgrund der zwischenzeitlich erfolgten Weiterentwicklung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene nicht mehr aktuelle Fassung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych) als Anlage zur BPfIV aufgehoben. Zudem werden abgelaufene Fristen bereinigt.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzesentwurf wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft, seine Wirkung stärkt eine nachhaltige Entwicklung. Die Maßnahmen dieses Gesetzes tragen dazu bei, dass den Belangen psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen besser Rechnung getragen werden kann als bislang. Die vorgesehene Stärkung einer transparenten Abbildung von Leistungen fördert gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die finanziellen Auswirkungen der Maßnahmen dieses Gesetzes basieren auf Daten der amtlichen Statistiken und darauf aufsetzenden Schätzungen. Bei der Verteilung der zusätzlichen Ausgaben auf die Kostenträger wird davon ausgegangen, dass 94 Prozent auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und 6 Prozent auf andere Kostenträger entfallen. Bei dem auf andere Kostenträger entfallenden Anteil werden 75 Prozent der privaten Krankenversicherung und 25 Prozent den öffentlichen Haushalten zugeordnet.

Insgesamt führen die Maßnahmen des Gesetzes im Vergleich zum Jahr 2016 für alle Kostenträger zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 65 Millionen Euro ab dem Jahr 2017. Die voraussichtlichen Mehrausgaben entstehen durch eine dauerhafte Erhöhung des Mindererlösausgleichs für stationäre psychiatrische und psychosomatische Leistungen von 20 Prozent auf 50 Prozent. Den Mehrausgaben stehen Einsparungen gegenüber, die nicht quantifiziert werden können (z. B. durch die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld).

a) Bund, Länder und Gemeinden

Die genannten Maßnahmen führen rechnerisch zu Mehrausgaben in Höhe von rund 1 Million Euro jährlich für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden für Beihilfeleistungen. Hiervon entfallen 30 Prozent auf den Bund, also rund 330 000 Euro.

Beim Bundeszuschuss für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich ab dem Jahr 2017 geschätzte jährliche Mehrausgaben von rund 600 000 Euro.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben für die GKV verbunden, die sich mittel- und langfristig auf die Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung der

Bevölkerung mit psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen auswirken werden. Insbesondere durch die Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung sollen akutstationär behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten künftig in ihrer häuslichen Umgebung interdisziplinär durch das Personal des Krankenhauses behandelt werden. Hierdurch wird nicht nur die Patientenorientierung gesteigert und die Qualität der Versorgung durch die Einbeziehung der Alltagsbedingungen verbessert, sondern es sind auch Einsparungen zu erwarten, die jedoch nicht valide quantifiziert werden können.

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes werden ab dem Jahr 2017 im Vergleich zu 2016 für die GKV jährlich zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 60 Millionen Euro entstehen.

4. Erfüllungsaufwand

Die Vorgaben dieses Gesetzes haben vor allem be- und entlastende Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand der Vertragsparteien auf Bundes- und Landesebene.

4.1 Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

4.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht im Jahr 2017 ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 50 000 Euro zur Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen zur Herstellung der Leistungstransparenz in psychiatrischen Institutsambulanzen. Die daraus folgenden Dokumentationsverpflichtungen sind den direkten Kosten zuzurechnen, so dass kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand entsteht.

Des Weiteren entsteht für die Wirtschaft aus den unter 4.3 näher aufgelisteten Neuregelungen kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Dies gilt insbesondere mit Blick darauf, dass Regelungen zur Erfassung und Übermittlung von Daten bereits existieren und die Verhandlungsstrukturen auf lokaler Ebene bereits bestehen.

Der Wegfall des Instruments der „besonderen Einrichtung“ nach § 17d Absatz 2 Satz 4 KHG i. V. m. § 6 Absatz 1 BPfIV mit entsprechenden Nachweispflichten führt dazu, dass durch das neue Anfrageverfahren beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das künftig vor Vereinbarung von Entgelten für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten durchzuführen ist, keine zusätzlichen Belastungen für die Einrichtungen entstehen.

Mit § 3 Absatz 3 Satz 5 der BPfIV wurde den Vertragsparteien vor Ort im Zusammenhang mit der Vereinbarung des Gesamtbetrags bei Bedarf die Möglichkeit eingeräumt, Anpassungsvereinbarungen zur Ermittlung eines leistungsgerechten Budgets zu schließen. Der hiermit verbundene Erfüllungsaufwand wird als ausgabenneutral eingestuft, weil im Gegenzug die vorgesehenen Verhandlungen auf Ortsebene zur Anpassung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte an den Landesbasisentgeltwert entfallen.

Die bereits nach der Psych-PV bestehende Prüfungsmöglichkeit, ob eine vorgesehene Personalausstattung entsprechend umgesetzt wird, erfolgt verbindlicher über die Vorgabe von Personelnachweisen (§ 18 Absatz 2 BPfIV). Um die Leistungsorientierung und die Möglichkeit zur Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 KHG zu verbessern, werden die Vorgaben zur Leistungsdokumentation bei psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 101 Absatz 1 Satz 10 SGB V) präzisiert. Hierdurch entsteht jeweils geringfügiger Zusatzaufwand, der jedoch nicht quantifizierbar ist.

Bürokratiekosten aus Informationspflichten entstehen nicht.

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Für die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-Spitzenverband, PKV) und das InEK werden mehrere Vorgaben eingeführt, die zu Be- und Entlastungen beim Erfüllungsaufwand führen. Diese werden hier der Verwaltung zugeordnet, da die genannten Institutionen auf gesetzlicher Grundlage als untergesetzliche Normgeber rechtsverbindliche Vereinbarungen mit Wirkung für Dritte treffen.

Bei den nachfolgenden Punkten 2, 3, 5 und 6 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nähere Einzelheiten zur Ausgestaltung zu vereinbaren. Dabei wurden für die Kalkulation des Erfüllungsaufwands Synergieeffekte unterstellt. Es ist davon auszugehen, dass zusätzlich zu den dort adressierten Fragestellungen in den Sitzungen auch die Vereinbarungen zur Einführung des Anfrageverfahrens beim InEK und die Ausgestaltung der Personalnachweise für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erörtert werden. Daher sind hierfür keine gesonderten Kosten für den Erfüllungsaufwand ausgewiesen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass in den gesetzlichen Neuregelungen Vorgaben enthalten sind, die im Rahmen der regulär stattfindenden Spitzengespräche der Vertragsparteien auf Bundesebene und weiterer bereits etablierter Arbeitskreise bearbeitet werden. Für diese wurde kein gesonderter Erfüllungsaufwand kalkuliert. Die zusammenfassende Verteilung der Be- und Entlastungen für die Vertragsparteien auf Bundes- und Landesebene ist unter E.3 ausgewiesen. Die folgende Darstellung orientiert sich an der finanziellen Bedeutsamkeit der Maßnahmen.

Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand haben im Einzelnen die folgenden Regelungen:

1. Wegfall der Konvergenz

Mit der Neufassung der §§ 4 und 10 BPfIV entfallen die nach bisher geltendem Recht vorgesehenen jährlichen Verhandlungen des Landesbasisentgeltwerts und die Anpassung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte an den Landesbasisentgeltwert im Rahmen eines Konvergenzprozesses. Hierdurch werden regelmäßige Verhandlungsrunden der Vertragsparteien in 16 Bundesländern obsolet. In der Folge wird von einem Einsparvolumen von jährlich rund 353 000 Euro ausgegangen.

2. Leistungsbezogener Vergleich

Statt der differenzierten Vorgaben zur Verhandlung eines Landesbasisentgeltwerts, der im Rahmen eines Preissystems zur Anwendung kommt, sieht die Neuregelung des § 10 BPfIV die zu Zwecken des leistungsbezogenen Vergleichs erforderliche, weniger aufwändige, rechnerische Ermittlung eines Landesbasisentgeltwerts vor. Diese erfolgt künftig im Zusammenhang mit dem gemäß § 4 BPfIV neu gestalteten leistungsbezogenen Vergleich, in dessen Rahmen auch die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr geschätzt wird und die Höhe der krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis 3 BPfIV ermittelt wird. Hierdurch entstehen auf Landesebene ab dem Jahr 2018 jährliche Kosten in Höhe von rund 202 000 Euro.

Erfüllungsaufwand auf Bundesebene entsteht einmalig im Jahr 2017 in Höhe von rund 47 000 Euro für die Vereinbarung der näheren Ausgestaltung des Vergleichs nach § 4 BPfIV.

3. Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld

Mit § 115d SGB V erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene den Auftrag zur Festlegung der Anforderungen an die stationsäquivalente psychiatrische Versorgung. Hierdurch entsteht im Jahr 2017 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 47 000 Euro. Für die Erstellung des gesetzlich vorgesehenen Berichts über die Auswirkungen der neuen Leistung bis Ende des Jahres 2021 wurde ein Erfüllungsaufwand von 100 000 Euro geschätzt.

4. Einführung eines Anfrageverfahrens beim InEK

Nach § 6 Absatz 2 BPfIV sollen psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zukünftig vor Vereinbarung von Entgelten für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten durch das InEK prüfen lassen, ob die betroffenen Leistungen bereits sachgerecht vergütet werden. Zur Etablierung dieses neuen Verfahrens wird in Analogie zu bereits beim InEK bestehenden ähnlichen Verfahren von einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 31 000 Euro im Jahr 2018 und einem zusätzlichen jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 23 000 Euro ausgegangen.

5. Standortdefinition und Standortverzeichnis

Zur Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten gemäß § 2a KHG haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Vereinbarungen zu treffen, durch die ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 47 000 Euro im Jahr 2017 entsteht. Für die Anlage des darauf basierenden Verzeichnisses ergeben sich im gleichen Jahr kalkulatorische Kosten in Höhe von rund 12 000 Euro. Die erforderliche Pflege des Verzeichnisses führt zu geringfügigen nicht näher quantifizierbaren Kosten ab dem Jahr 2018.

6. Dokumentation der Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen

Auf der Grundlage bereits geleisteter Vorarbeiten sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene weitere Mindestdifferenzierungsmerkmale für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und eingesetzter personeller Kapazitäten festlegen. Hierdurch entsteht zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 25 000 Euro.

7. Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung

Gemäß § 17c Absatz 2a KHG haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die näheren Einzelheiten für die Weiterentwicklung des Prüfverfahrens gemäß § 275 Absatz 1c SGB V und deren Umsetzung, erstmals bis zum 30. Juni 2017, zu vereinbaren. Dafür ist von einem einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 31 000 Euro auszugehen. Die Kosten für die jährliche Prüfung und Weiterentwicklung belaufen sich auf rund 16 000 Euro.

8. Verminderung des Dokumentationsaufwands

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene eine jährliche Überprüfung durchzuführen. Ausgehend davon, dass zunächst eine grundlegende Prüfung der bestehenden relevanten Klassifikationen durchzuführen ist, wird im ersten Jahr von einem etwas höheren Erfüllungsaufwand als in den Folgejahren ausgegangen. Der Erfüllungsaufwand im ersten Jahr beläuft sich auf rund 16 000 Euro, in den Folgejahren ist mit einem Erfüllungsaufwand in Höhe von 8 000 Euro zu rechnen.

5. Weitere Kosten

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2017 auf rund 3 Millionen Euro. Auch diesen Mehrausgaben stehen nicht quantifizierbare Einsparungen gegenüber.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Da bisher keine flächendeckenden Erfahrungen zu den Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld vorliegen, sollen die Auswirkungen dieser neuen Behandlungsform auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie ihre finanziellen Auswirkungen in einem Zeitraum von fünf Jahren evaluiert werden. Zu diesem Zweck werden der GKV-Spitzenverband, die DKG und die PKV gemäß § 115d Absatz 4 SGB V verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit einen entsprechenden Bericht vorzulegen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG)

Zu Nummer 1 (§ 2a)

Zu Absatz 1

Der GKV-Spitzenverband und die DKG werden verpflichtet, Regelungen zur Bestimmung des Krankenhausstandortes zu entwickeln. Die festzulegende Definition gilt sodann für den GKV-Spitzenverband, die DKG, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich. Auf der Grundlage

der festzulegenden Definition ist nach § 293 Absatz 6 SGB V – neu – vom GKV-Spitzenverband und der DKG ein Verzeichnis aufzubauen und zu führen.

Die Definition eines Krankenhausstandortes ist erforderlich, insbesondere bei Krankenhäusern, deren Versorgungseinheiten sich nicht alle räumlich an einem Ort befinden. Die gesetzlichen Regelungen der Qualitätssicherung, der Berücksichtigung von ermächtigten Einrichtungen bei der Bedarfsplanung oder der Abrechnung von Zu- und Abschlägen müssen aber einen klaren Bezugspunkt zum Standort haben. Mindestmengen werden regelmäßig standortbezogen festgelegt und auch der strukturierte Qualitätsbericht ist nach den Vorgaben des G-BA standortbezogen zu erstellen. Gerade für die Qualitätssicherung ist es zum Zwecke der Transparenz von besonderer Bedeutung, nachvollziehen zu können, ob der einzelne Standort oder nur der gesamte Krankenhausträger die vorgegebenen Qualitätsanforderungen einhält. Eine Abgrenzung ist insbesondere aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie einweisenden Ärztinnen und Ärzte sinnvoll.

Beim Sicherstellungszuschlag hat der G-BA u. a. Vorgaben zur Erreichbarkeit (Pkw-Fahrzeitminutenwerte) zu beschließen, um zu überprüfen, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus ohne Zuschlag erbracht werden können. Es ist daher u. a. zwingend auch eine exakte Geokodierung (Breiten- und Längengrad) des Standortes vorzusehen, damit Pkw-Fahrzeitminuten berechnet werden können.

Auch für eine erfolgreiche Umsetzung des gestuften Systems der Notfallzuschläge in Krankenhäusern ist eine eindeutige Zuordnung erforderlich, da verschiedene Standorte eines Krankenhauses in unterschiedlichem Umfang an der Notfallversorgung beteiligt sein können und daher Anspruch auf unterschiedlich hohe Notfallzuschläge haben können oder Notfallabschläge fällig werden.

Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der PKV die Definition so festzulegen, dass diese auch für die Krankenhausplanung der Länder und die Abbildung der Ambulanzen (z. B. Hochschulen, die Hochschulambulanzen betreiben, Standorte der psychiatrischen Institutsambulanzen, usw.) geeignet ist und von diesen herangezogen werden kann und Inkompatibilitäten im Hinblick auf bereits nach geltendem Recht vorgesehenen (Standort-) Angaben zu den Ambulanzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden.

Die Definition der Krankenhausstandorte hat keinen Einfluss auf die Budgetverhandlungen der Krankenhäuser. Krankenhäuser mit mehreren Standorten können daher weiterhin ein gemeinsames Budget für alle Standorte vereinbaren. Sind zur Erfüllung von mit der Standortdefinition verbundenen Aufgaben standortbezogene Informationen erforderlich, z. B. für den Nachweis von Mindestmengen, können diese im Rahmen der Budgetverhandlungen, auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien auf Ortsebene, zusätzlich von dem Krankenhaus angefordert werden (§ 11 Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes, § 11 Absatz 4 Satz 3 BPfIV). Damit bleibt es dem einzelnen Krankenhausträger überlassen, die Entscheidung über eine differenzierte Budgetvereinbarung je Standort oder eine gemeinsame Budgetvereinbarung für alle Standorte zu treffen, ohne dabei die Ziele und Vorteile der Standortdefinition zu beeinträchtigen.

Zu Absatz 2

Um eine Differenzierung nach Standorten schnellstmöglich zu erreichen und den Aufbau des Verzeichnisses nach § 293 Absatz 6 SGB V – neu – zu ermöglichen, ist eine Schiedsstellenlösung für den Fall vorgesehen, dass die Vertragsparteien sich nicht innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten über die Regelungen zur Bestimmung eines Krankenhausstandortes einigen können. Aufgrund der Notwendigkeit einer Definition insbesondere für die Weiterentwicklung und konsequenten Durchsetzung der Qualitätssicherung wird zur Beschleunigung eines etwaigen Schiedsverfahrens von einem Antragserfordernis abgesehen, damit das Verfahren aufgrund des Fehlens von Anträgen nicht verzögert oder zum Erliegen gebracht werden kann. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Vertragsparteien aus eigenem Interesse der Schiedsstelle ihre Vorschläge und Anträge vorlegen werden.

Zu Nummern 2 und 3 (§ 10 und § 17b)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, die klarstellen, dass das InEK das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist und dementsprechend die Aufgaben im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Einführung sowie der aktuellen Weiterentwicklung und Pflege des pauschalierenden Vergütungssystems und der Investitionsbewertungsrelationen wahrnimmt.

Zu Nummer 4 (§ 17c)

Zu Buchstabe a

Der GKV-Spitzenverband und die DKG werden beauftragt zu analysieren, wie der Prüfaufwand für die Abrechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V weiter vermindert werden kann. Zugleich sollen sie prüfen, wie die Zielgenauigkeit der Abrechnungsprüfung verbessert werden kann. Beide Ziele sind sowohl für die Abrechnungsprüfung von Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vergütet werden, als auch für Krankenhausleistungen, die nach der Bundespflegesatzverordnung finanziert werden, zu realisieren. Mögliche Ansatzpunkte für eine verbesserte Abrechnungsprüfung können z. B. in der stärkeren Berücksichtigung von statistischen Auffälligkeiten liegen oder in der Prüfung von Strukturqualitätsmerkmalen (z. B. aufgrund von Qualitätsvorgaben des G-BA oder von Komplexcodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels), die unabhängig vom jeweiligen Einzelfall untersucht werden. Weitere Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung sind zu prüfen und ggf. auch modellhaft zu erproben. Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben die näheren Einzelheiten zu vereinbaren, um eine effizientere und effektivere Abrechnungsprüfung zu erreichen. Erstmals ist bis zum 30. Juni 2017 eine Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu treffen. Im Sinne einer Daueraufgabe haben der GKV-Spitzenverband und die DKG auch über diesen Termin hinaus und auch für sonstige Krankenhausleistungen geeignete Maßnahmen für eine effizientere und effektivere Abrechnungsprüfung zu vereinbaren und umzusetzen. Die Weiterentwicklung des Prüfverfahrens soll auf der Grundlage der im geltenden Recht vorgesehenen Datenerhebungen erfolgen. Mit ihr sind keine neuen Datenerhebungen verbunden. Gelingt eine Einigung der Vertragsparteien nicht, hat die Bundesschiedsstelle die ausstehenden Entscheidungen zu treffen. Soweit Änderungen der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 erforderlich sind, ist diese entsprechend anzupassen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, die klarstellen, dass das InEK das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist.

Zu Nummer 5 (§ 17d)

Zu Buchstabe a

Die Kalkulation des Psych-Entgeltsystems erfolgt auf der Grundlage empirischer Kosten- und Leistungsdaten. Zusätzlich wird vorgegeben, dass Voraussetzung für die Kalkulationsteilnahme die Erfüllung der Qualitätsvorgaben des G-BA ist, insbesondere von verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung. Die Mindestanforderungen sollen zunächst bei den Indikationen definiert werden, für die es bereits jetzt evidenzbasierte S3-Leitlinien gibt. Perspektivisch erfolgt damit die Kalkulation auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität.

Soweit die Kalkulationseinrichtungen die Anforderungen nach § 136a SGB V noch nicht erfüllen können, weil z. B. eine Vorlaufzeit zur Umsetzung der Anforderungen des G-BA in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erforderlich ist, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene jeweils eine Übergangsfrist festzulegen, in der die Kalkulationseinrichtungen die Anforderungen zu erfüllen haben. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen. Die Kalkulation erfolgt dabei grundsätzlich weiterhin auf der Grundlage der freiwillig an der Kalkulation teilnehmenden psychiatrischen und

psychosomatischen Einrichtungen bzw. ab dem Kalkulationsjahr 2017 der unter repräsentativen Gesichtspunkten weiter entwickelten Kalkulationsgrundlage. Bis ab dem Jahr 2020 die Personalvorgaben des G-BA von den an der Kalkulation des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen teilnehmenden Krankenhäusern erfüllt werden, soll eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV erfolgen. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass eine belastbare Kalkulation aufgrund einer nicht mehr hinreichenden Kalkulationsgrundlage unmöglich wird. Sofern die Vertragsparteien auf Bundesebene zur Umsetzung der Personalvorgaben des G-BA durch die Kalkulationseinrichtungen eine Übergangsfrist festgelegt haben, gelten für die Dauer der vereinbarten Übergangsfrist die bisherigen Vorgaben der Psych-PV zur Personalausstattung weiter.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung stellt klar, dass die Vergütung der neuen stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld nach § 115d SGB V den gleichen Regeln folgt wie die Vergütung der voll- und teilstationären Krankenhausleistungen. Solange eine Kalkulation der Entgelte für diese Leistungen auf empirischer Grundlage noch nicht möglich ist, werden die Entgelte daher nach § 17d Absatz 2 Satz 3 von den Pflegesatzparteien vereinbart.

Zu Doppelbuchstabe bb

Angesichts der im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vorgesehenen Ausgestaltung als Budgetsystem statt der Umsetzung als Preissystem kann im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Option der besonderen Einrichtungen sowie auf die vertiefte und gesonderte Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen verzichtet werden. Mit Blick auf die nunmehr dauerhafte Vereinbarung von krankenspezifischen Basisentgeltwerten sowie die regelhafte Möglichkeit der Vertragsparteien vor Ort, leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten krankenspezifisch zu berücksichtigen, kann auf entsprechende zusätzliche Instrumente und den damit verbundenen bürokratischen Aufwand verzichtet werden.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die klarstellt, dass das InEK das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstaben aa bis cc

Es handelt sich um Rechtsbereinigungen, insbesondere in Form der Streichung abgelaufener Fristen. Zudem werden redaktionelle Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen vorgenommen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Anwendung des neuen Entgeltsystems unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen ist für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für das Jahr 2017 verbindlich.

Zu Doppelbuchstabe ee

Nach dem Ende der budgetneutralen Phase haben die Vertragsparteien vor Ort - sofern erforderlich - für die Jahre ab 2019 nach den näheren Vorgaben der BPfIV den krankenspezifischen Basisentgeltwert und den Gesamtbetrag des Krankenhauses anzupassen. Im Jahr 2019 wird das Entgeltsystem erstmals ökonomisch wirksam. Anstelle einer

schematischen Konvergenz ist eine erforderliche Budgetangleichung vertraglich durch die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen als Budgetsystem und dem Verzicht der Umsetzung als Preissystem. Da in der Konsequenz im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Option der besonderen Einrichtungen verzichtet wird (siehe dazu auch Buchstabe b), ist auch die Möglichkeit einer Ersatzvornahme in diesem Punkt nicht mehr vorzusehen.

Zudem wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen, die klarstellt, dass das InEK das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist. Gleichzeitig wird die Rechtssprache angepasst.

Zu Buchstabe f

Aufgrund eines Klageverfahrens gegen eine Vergabeentscheidung musste die Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems von den Vertragsparteien auf Bundesebene zum Jahresende 2015 neu ausgeschrieben werden. Mit einer Vergabe ist voraussichtlich im Sommer 2016 zu rechnen. Aufgrund der entstandenen Verzögerungen in der Beauftragung und Durchführung der Begleitforschung ist mit ersten Ergebnissen nicht bereits im Jahr 2016, sondern erst im Jahr 2017 zu rechnen. Die eintretende Verzögerung ist für die Ergebnisse der Begleitforschung grundsätzlich unkritisch, da die Auswertung auf Basis von Routinedaten erfolgt und deshalb eine rückwirkende Analyse möglich ist.

Zu Nummer 6 (§ 28)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die die Vorschrift sprachlich anpasst.

Zu Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung – BPfIV)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Die Inhaltsübersicht wird im Wege der Rechtsbereinigung aufgehoben. Sie ist bei einer kurzen und einfach gegliederten Verordnung wie der BPfIV nicht erforderlich. Wird künftig der Inhalt dieser Verordnung verändert, bedarf es keiner Anpassung der Inhaltsübersicht mehr.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 39 SGB V). Geregelt wird, dass auch die von dieser Behandlungsform umfassten Leistungen nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts vergütet werden.

Zu Nummer 3 (§ 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 2.

Zu Nummer 4 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Änderung der Überschrift, die im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen steht.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Wie bisher wird gewährleistet, dass für die Dauer der budgetneutralen Phase vorzulegende Nachweise über Art und Anzahl der Entgelte nur für die Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts und zur Erörterung der medizinischen Leistungsstruktur verwendet werden. Eine vergleichende Verwendung zur Absenkung des Krankenhausbudgets ist bis zum Ende der budgetneutralen Phase nicht zulässig.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Zum Ende der Optionsphase läuft zum 31. Dezember 2016 rechtsbereinigend der Anreiz aus, dass psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die in den Optionsjahren Gebrauch von dem neuen Vergütungssystem machen, einen Zuwachs ihres Gesamtbetrags bis zur Höhe des doppelten Veränderungswerts vereinbaren können. Während der anschließenden verpflichtenden Anwendung des neuen Entgeltsystems ist die Obergrenze für den Zuwachs des Gesamtbetrags wieder auf den einfachen Veränderungswert begrenzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der mit dem KHSG geschaffenen Möglichkeit, dass Krankenhäuser die für Empfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erbrachten Leistungen nicht in den Gesamtbetrag einbeziehen. In der Folge ist der Gesamtbetrag nicht nur um die Kosten der Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, sondern auch um die Kosten der Leistungen für die Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu vermindern.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Zusammenhang mit der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Die Erlössumme bleibt Bestandteil des Gesamtbetrags.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 regelt die Einzelheiten zur Vereinbarung des Krankenhausbudgets (Gesamtbetrag) ab dem Jahr 2019, also ab dem Jahr der ökonomischen Wirksamkeit des neuen Entgeltsystems. Der Gesamtbetrag umfasst mit Ausnahme von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, der auf Verlangen des Krankenhauses ausgegliederten Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten sowie der Leistungen für die Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sämtliche allgemeine Krankenhausleistungen des Krankenhauses im Anwendungsbereich der BPfIV.

Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags wird der für das Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag bestimmt, der um Tatbestände zu vermindern ist, die im Folgejahr nicht mehr mit dem Gesamtbetrag finanziert werden, um periodenfremde Zahlungen zu bereinigen ist, die sonst zu Verzerrungen führen würden, sowie um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Tatbeständen, die nicht mehr bzw. wieder Bestandteil des Krankenhausbudgets werden. Durch den Bezug auf Absatz 2 Satz 5 wird gewährleistet, dass bestehende Rechtsansprüche aus Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre berücksichtigt werden.

In einer nicht abschließenden Aufzählung werden als bei der Verhandlung des Gesamtbetrags ab dem Jahr 2019 zu berücksichtigende Aspekte die folgenden Tatbestände aufgeführt:

- Für eine leistungsbezogene Budgetvereinbarung sind nach den Nummern 1 und 2 insbesondere die voraussichtlich im Budgetjahr zu erbringenden Leistungen des Krankenhauses nach Art und Anzahl zu vereinbaren. Hier sind neben den voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses zukünftig auch Leistungen im Rahmen der neuen stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld einzubeziehen. Dabei erfasst Nummer 1 die auf Bundesebene bewerteten Entgelte (tagesbezogene Entgelte mit Bewertungsrelationen und Zusatzentgelte). Nummer 2 adressiert die Leistungen, für die krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden. Letzteres schließt auch Entgelte ein, die für nach § 6 leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten vereinbart werden können.
- Nach Nummer 3 sind bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags für die Leistungserbringung des Krankenhauses relevante Kostenentwicklungen ebenso zu berücksichtigen wie Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Voraussetzung dabei ist, dass die entsprechenden Tatbestände nicht bereits anderweitig beachtet wurden.
- Nach Nummer 4 sind für die Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags auch die Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 einzubeziehen. Über die Art und Weise möglicher Konsequenzen entscheiden die Vertragsparteien vor Ort; sie vereinbaren die Einzelheiten im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung.
- Nach Nummer 5 sind auch noch für das Jahr 2019 die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen bei der Budgetvereinbarung zu berücksichtigen. Ebenso ist auch noch im Jahr 2019 das Ergebnis einer Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen nach § 6 Absatz 4 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung zu berücksichtigen, sofern die Vorgaben der Psych-PV in der Vergangenheit nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden. Vom Krankenhaus ist dabei insbesondere zu verlangen, dass die für die Personalstellen bereit gestellten Mittel auch in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt und die Mittel nicht anderweitig eingesetzt werden.
- Sobald die Vorgaben des G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung vorliegen, die zum Jahr 2020 die Vorgaben der Psych-PV ablösen, sind durch Nummer 6 die G-BA-Festlegungen zu verbindlichen Vorgaben für die Personalausstattung bei der Budgetverhandlung zu berücksichtigen. Mit Blick auf die befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 4, die für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von G-BA-Richtlinien gelten, darf hierdurch jedoch keine doppelte Finanzierung entstehen. Wie bei der Finanzierung der Vorgaben nach Nummer 5 ist auch bei den Vorgaben des G-BA zu gewährleisten, dass die hierfür bereitgestellten Mittel auch zweckentsprechend verwendet werden.
- Für die Höhe des Gesamtbetrags ist nach Nummer 7 zudem auch eine nach Satz 5 von den Vertragsparteien vor Ort zu schließende Anpassungsvereinbarung zu berücksichtigen, die unter Würdigung der krankenhausesindividuellen Situation eine flexible Anpassung des bisherigen Krankenhausbudgets in Richtung eines leistungsorientierten Gesamtbetrags ermöglicht.

Ergebnis der aufgeführten, zu berücksichtigenden Tatbestände soll somit ein leistungsorientierter Gesamtbetrag sein bzw., soweit erforderlich, die Vereinbarung eines Weges, wie ein leistungsorientierter Gesamtbetrag perspektivisch erreicht werden kann.

Der jeweils maßgebliche Veränderungswert bildet grundsätzlich die Obergrenze für den Zuwachs des Gesamtbetrags gegenüber dem Vorjahr. Soweit dies zur Vereinbarung eines leistungsorientierten Gesamtbetrags erforderlich ist, legt Satz 4 jedoch Tatbestände fest, die eine Überschreitung der Obergrenze ermöglichen. Sofern eine Überschreitung notwendig ist, um die erforderliche Stellenzahl nach der Psych-PV zu gewährleisten oder um die

vom G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V festzulegenden Vorgaben für die Personalausstattung zu gewährleisten, ist eine Überschreitung der Obergrenze zulässig. Eine Überschreitung der Obergrenze ist auch zulässig, sofern sich dies aus einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 5 ergibt. Für Veränderungen der Art und Anzahl der Leistungen ist eine Überschreitung der Obergrenze nur dann möglich, wenn entweder eine Substitution von vollstationären Leistungen durch die Erbringung von teilstationären oder stationsäquivalenten Leistungen durch das Krankenhaus nicht möglich ist oder eine alternative Versorgung durch Leistungsverlagerungen zu nicht-stationären Angeboten, z. B. durch psychiatrische Institutsambulanzen oder durch Vertragsärzte, ausgeschlossen ist. Nach dem Ende der budgetneutralen Phase des neuen Vergütungssystems haben die Vertragsparteien vor Ort im Zusammenhang mit der Vereinbarung des Gesamtbetrags soweit erforderlich Anpassungsvereinbarungen zu treffen, deren Umsetzung bedarfsbezogen im Hinblick auf Umfang und Dauer sowie weitere Einzelheiten auszugestalten ist. Regelmäßig ist von einer Umsetzung über mehrere Jahre auszugehen, die bei erforderlichen Anpassungen mögliche Versorgungsprobleme vermeidet. Die Alternative zu einer mehrjährigen Anpassungsvereinbarung ist bei geringfügigem Änderungsbedarf die direkte Umsetzung bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags. Bedarf für eine krankenhausesindividuell zu vereinbarende schrittweise Erhöhung oder Absenkung des bisherigen Gesamtbetrags durch eine Anpassungsvereinbarung kann sich insbesondere aus der über das leistungsorientierte Vergütungssystem nach § 17d KHG dokumentierten Art und Schwere der Erkrankungen ergeben, die in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen behandelt werden, aus möglichen Leistungsverlagerungen in andere nicht-stationäre Versorgungsbereiche, aus den von den Vertragsparteien vor Ort vereinbarten leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten des Krankenhauses sowie aus den Ergebnissen des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4. Die bislang vorgesehene Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Stattdessen wird über krankenhausesindividuelle Anpassungsvereinbarungen die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt.

Liegen der Basisentgeltwert des Krankenhauses oder zu vereinbarende krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 deutlich über den maßgeblichen Vergleichswerten des Vergleichs nach § 4, so hat der Krankenhausträger vor Abschluss einer Anpassungsvereinbarung die Gründe für die erforderlichen höheren Entgelte schlüssig darzulegen. Der Vortrag des Krankenhausträgers darf sich nicht in abstrakten Behauptungen erschöpfen, sondern muss auf nachweisbaren Fakten beruhen. Für Tatbestände, deren Ursache in der Einhaltung zwingender rechtlicher Vorgaben liegen (z. B. tarifvertragliche Vorgaben oder Vorgaben für eine bedarfsgerechte Personalausstattung), wird die Unabweisbarkeit eher anzunehmen sein als bei baulich-strukturellen Tatbeständen aufgrund mangelnder Investitionsmittel oder bei ineffizienten Abläufen.

Von einer deutlichen Überschreitung wird in der Regel dann auszugehen sein, wenn die maßgeblichen Vergleichswerte um mehr als ein Drittel überschritten werden. Die Substantiierungslast von Gründen, die zur Vereinbarung einer geringeren Anpassung des Gesamtbetrags oder einer über eine längere Zeitdauer gestreckte Anpassung des Gesamtbetrags führen, liegt damit beim Krankenhausträger. Bei einer Unterschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte kann das Krankenhaus auf freiwilliger Grundlage die Gründe für höhere Entgelte darlegen.

Gelingt den Vertragsparteien vor Ort keine Einigung auf eine Anpassungsvereinbarung, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13. Sofern sich auf der Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vom Krankenhaus vorgenommen wurde, ist im Rahmen des Krankenhausbudgets zudem zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Ein zweckwidriger Einsatz von Finanzmitteln, die für Personalstellen vorgesehen sind, ist nicht zulässig.

Für möglichst belastbare Vergleichsinformationen ist es erforderlich, dass der vereinbarte Gesamtbetrag aufgeteilt wird in das Erlösbudget, das die bundesweiten Entgelte umfasst, in ein Erlösvolumen, das die Summe der Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nummer 3 zusammenfasst, sowie die Erlössumme für die krankenhausesindividuellen Entgelte nach § 6

Absatz 1 bis 3. Eine entsprechende Aufteilung ist z. B. als Vorstufe zur Ermittlung eines möglichst aussagekräftigen krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts erforderlich.

Bestehende Rechtsansprüche aus Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre sind bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4

Aus rechtssystematischen Gründen wird eine erforderliche Berichtigung des Gesamtbetrags im Fall der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tariferhöhungen anstelle der bisherigen Regelung durch § 18 Absatz 3 im Rahmen der Übergangsvorschriften inhaltsgleich in den Vorgaben für die Vereinbarung des Gesamtbetrags geregelt. Zudem wird klargestellt, dass die Umsetzung eines aufgrund von Tariferhöhungen erforderlichen Berichtigungsbetrags nicht durch die Obergrenze des Veränderungswerts eingeschränkt wird.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die durch die neue Absatzzählung bedingt ist.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um Folgeänderungen im neuen Absatz 5 (Absatz 3 alt) im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. Als Konsequenz aus der Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen, die durch ein von den Vertragsparteien vor Ort gestaltbares Budgetsystem ersetzt wird, werden zukünftig auch über die budgetneutrale Phase hinaus krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte ermittelt. Sofern kein anderer Zeitraum vereinbart wird, werden diese krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte jährlich ermittelt.

Zu Buchstabe g

Redaktionelle Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen, insbesondere damit, dass zukünftig auch über die budgetneutrale Phase hinaus krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte ermittelt werden. Um dauerhaft für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen das Schätzfehlerisiko und Probleme einer nicht hinreichenden Kodierqualität zu mindern, wird der Mindererlösausgleichssatz ab dem Jahr 2017 auf 50 Prozent statt wie bisher vorgesehen auf 20 Prozent verbessert.

Zu Nummer 5 (§ 4)

§ 4, der bislang Vorgaben für die Vereinbarung der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen während der Konvergenzphase macht, wird neu gefasst.

Zu Absatz 1

Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte und Erlösbudgets wird abgelöst. Mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen wird stattdessen ein leistungsbezogener Vergleich eingeführt. Er bildet die Grundlage für die Vertragsparteien vor Ort zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung zu vereinbaren sind. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausindividuelle Aspekte zurückzuführen sind. Für darüber hinaus verbleibende, nicht durch das Leistungsspektrum des Krankenhauses aufklärbare Budgetunterschiede, soll im Wege der Verhandlung ein Prozess organisiert werden, durch den auf eine Annäherung zu leistungsorientierten Budgetniveaus hingewirkt wird. Grundsätzlich sind Erhöhungen und Absenkungen der Budgets möglich.

In den Vergleich sind die bislang in Budgetverhandlungen vereinbarten Leistungen und ihre Entgelte einzubeziehen. Dazu zählen neben den mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen abzurechnenden Leistungen auch leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, die im leistungsbezogenen Vergleich gesondert zu berücksichtigen sind. Zudem beeinflussen insbesondere unterschiedliche personelle Ausstattungen der Einrichtungen die Kosten der Krankenhäuser. Die Personalausstattung der einzelnen Einrichtung kann – unter Berücksichtigung der verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA zur Personalausstattung – gegenüber der durchschnittlichen Personalausstattung nach oben und unten abweichen, wodurch gegenüber dem Durchschnitt sowohl erhöhte als auch niedrigere krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte erklärt werden können. Als Grundlage für entsprechende Analysen sind die Ergebnisse der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung heranzuziehen. Zudem sind bei dem Vergleich, möglichst auf der Grundlage von Routinedaten, Leistungen zu berücksichtigen, die in anderen Versorgungsbereichen erbracht werden (u. a. Leistungen psychiatrische Institutsambulanzen, im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte Leistungen). Hierdurch kann die Erbringung von nicht-stationären Leistungen und ein mögliches Verlagerungspotential in ambulante Versorgungsstrukturen transparent gemacht werden. Soweit dies unter medizinischen Gesichtspunkten vertretbar ist, sind die Vergleichswerte als Orientierungsmaßstab zu nutzen und soll damit ein Beitrag geleistet werden, um stationäre Aufenthalte zu vermindern und die Erbringung von nicht-stationären Leistungen zu fördern.

Die Leistungen der Einrichtungen und ihre Vergütung sind in erster Linie mit den entsprechenden Größen auf Landes- bzw. Bundesebene zu vergleichen. Sind für die Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags bzw. leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte darüber hinaus weitere Vergleiche erforderlich, können auch andere Aggregatensebenen in den Vergleich einbezogen werden.

Zu Absatz 2

Den Vertragsparteien auf Ortsebene und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG sind die als Grundlage für die Budgetverhandlungen auf örtlicher Ebene erforderlichen Referenzwerte für den dabei einzubeziehenden leistungsbezogenen Vergleich rechtzeitig zur Verfügung zu stellen.

Zu Nummer 6 (§ 6)

§ 6 wird im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen als Budgetsystem und dem Verzicht der Umsetzung als Preissystem angepasst und erhält eine neue Gliederung.

Zu Buchstabe a

Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird auf das zusätzliche Instrument der besonderen Einrichtungen verzichtet (siehe dazu auch § 17d Absatz 2 KHG). Die Vertragsparteien vor Ort können demgegenüber zukünftig bei entsprechendem Bedarf krankenhausindividuelle Entgelte für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten vereinbaren. Entsprechende Regelungen enthält der neue Absatz 2 (siehe dazu Begründung zu Buchstabe b, zu Absatz 2).

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2 - neu -

Für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten, die nicht bereits mit den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 vergütet werden, können die Vertragsparteien vor Ort tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbaren. Diese Vereinbarung erfordert, dass vom InEK vorab eine Information eingeholt wird, nach der eine anderweitige, sachgerechte Vergütung der leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten zum Anfragezeitpunkt nicht möglich ist. Bei leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten muss es sich um Aufwandsunterschiede handeln, die durch abweichende Formen der Leistungserbringung bedingt sind (z. B. andere Therapiekonzepte). Entsprechende Besonderheiten liegen

jedoch nicht bei bloßen Kostenunterschieden vor, also wenn z. B. identische oder vergleichbare Therapiekonzepte unterschiedlich wirtschaftlich erbracht werden. Nicht umfasst sind in diesem Zusammenhang auch baulich-strukturelle Besonderheiten, deren Beseitigung durch investive Maßnahmen zu erfolgen hat, die aus Fördermitteln der Länder zu decken sind.

Die Information hat das Krankenhaus unter aussagekräftiger Beschreibung der strukturellen Besonderheit, der behandelten Patientinnen und Patienten sowie der mit der Besonderheit verbundenen Zusatzkosten spätestens bis zum 31. Oktober, erstmalig zum 31. Oktober 2018, einzuholen. Wenn dies für die Abgabe einer sachgerechten Information erforderlich ist, kann das InEK zudem vom anfragenden Krankenhaus zusätzliche Unterlagen und Auskünfte anfordern. Die Vereinbarung kann ohne die Information geschlossen werden, wenn die Information bei fristgerecht erfolgter Anfrage bis zur Budgetvereinbarung für das Krankenhaus nicht vorliegt.

Wird ein Entgelt vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an das InEK und fügen dieser Meldung die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen einschließlich der Beschreibung der strukturellen Besonderheit durch das Krankenhaus bei. Das InEK erhält somit die erforderlichen Informationen, um prüfen zu können, ob die bislang mit krankenhausesindividuellen Entgelten vergüteten leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten in Folgejahren ggf. bundeseinheitlich kalkuliert werden können.

Zu Absatz 3 - neu -

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die durch die neue Struktur der Norm bedingt ist. Der neue Absatz 3 beinhaltet die bislang in Absatz 1 enthaltene Aussage, dass die krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte sachgerecht zu kalkulieren sind. Dabei sind wie bisher die Empfehlungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 zu beachten. Ergänzt wurde der Hinweis, dass entsprechende Kalkulationsunterlagen vorzulegen sind. Diese Regelungen werden auf die Entgelte des neuen Absatzes 2 erweitert. Auch der Hinweis, dass die Vertragsparteien in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte vereinbaren, findet sich nunmehr in dem neuen Absatz 3 wieder. Klarstellend ist darauf hinzuweisen, dass auch etwaige krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte sachgerecht zu kalkulieren sind.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung des § 6.

Zu Buchstabe d

Krankenhausesindividuelle Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können von den Vertragsparteien vor Ort nach dem Ende der budgetneutralen Phase vereinbart werden, also dann, wenn das neue Entgeltsystem auf der Grundlage krankenhausesindividueller Vereinbarungen ökonomische Wirksamkeit entfalten kann. Zudem erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen, wodurch zukünftig auch über die budgetneutrale Phase hinaus krankenhausesindividuelle Basisentgeltwerte ermittelt werden und auf eine schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen verzichtet wird.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neustrukturierung des § 6. Zudem wird der neue Absatz 5 rechtsbereinigend angepasst. Weiterhin bleibt die Erlössumme Bestandteil des Gesamtbetrags.

Zu Nummer 7 (§ 7)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen als Budgetsystem und dem Verzicht der Um-

setzung als Preissystem. Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird auf die Option der besonderen Einrichtungen verzichtet (siehe dazu auch § 17d Absatz 2 KHG). Die Vertragsparteien vor Ort können demgegenüber krankenhausespezifische Entgelte zukünftig auch für leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten vereinbaren.

Zu Nummer 8 (§ 8)

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Absatz 3, der Vorgaben für den von Krankenhäusern in den neuen Bundesländern zu berechnenden Investitionszuschlag nach Artikel 14 Absatz 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes macht, wird aufgehoben, da die Regelung zum Jahresende 2014 ausgelaufen ist.

Zu Nummer 9 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. Als Konsequenz aus der Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen, die durch ein von den Vertragsparteien vor Ort gestaltbares Budgetsystem ersetzt wird, ist zukünftig auch kein Landesbasisentgeltwert mehr zu vereinbaren und dementsprechend dient auch der Veränderungswert nicht mehr der Zuwachsbegrenzung eines entsprechenden Landesbasisentgeltwerts.

Zu Doppelbuchstabe bb

Da der Gesetzgeber mit § 9 Absatz 1 Nummer 6 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit der Weiterentwicklung der AEB-Psych nach der Anlage zur BPfIV beauftragt hat, die zwischenzeitlich auch erfolgt ist, wird aus Gründen der Rechtsklarheit für die Anwender die nicht mehr aktuelle Fassung der Anlage aufgehoben. Bei der Weiterentwicklung der AEB-Psych haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den für den Vergleich nach § 4 benötigten Daten Rechnung zu tragen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig jährlich zu prüfen, ob Schlüssel der vom DIMDI herausgegebenen deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten oder des Operationen- und Prozedurenschlüssels gestrichen werden können, weil sie sich nach Prüfung für Zwecke des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17d KHG als nicht erforderlich erwiesen haben. Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene hat dann das DIMDI eine Streichung von Schlüsseln aus den medizinischen Klassifikationen zu prüfen und vorzunehmen. Das DIMDI hat eine Streichung nur dann nicht vorzunehmen, wenn es ausnahmsweise zu dem Ergebnis kommt, dass eine Nutzung der medizinischen Klassifikationen für andere Zwecke (z. B. zur Qualitätssicherung) erforderlich ist.

Mit Nummer 8 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. März 2017 verpflichtet, insbesondere die Einzelheiten für den Nachweis nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3, zum einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie zur Datenübermittlung vorzugeben. Die Ausgestaltung des Nachweises muss insbesondere gewährleisten, dass zukünftig bezogen auf die einzelne psychiatrische und psychosomatische Einrichtung belastbare Informationen über die von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbarte Stellenbesetzung, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie den Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen nach der Psych-PV bzw. ab dem Jahr 2020 für die Vorgaben nach § 136a Absatz 2 SGB V zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal vorliegen. Um in einem Routineverfahren aussagekräftige Daten zu gewinnen, sind zudem ein einheitlicher Datenaufbau sowie eindeutige Datenübermittlungsvorschriften erforderlich.

Über die gesetzlichen Vorgaben des § 4 zum leistungsbezogenen Vergleich hinaus haben die Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechend der neuen Nummer 9 die Einzelheiten zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des Vergleichs bis zum 1. Januar 2018 zu vereinbaren. Bei der Vereinbarung der näheren Einzelheiten haben die Vertragsparteien auf Bundesebene auch zu berücksichtigen, dass den Vertragsparteien nach § 11 und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG die Vergleichsdaten für die Vorklärung nach § 11 Absatz 5 rechtzeitig für eine prospektive Budgetvereinbarung zur Verfügung zu stellen sind (vgl. auch § 4 Absatz 2). Für die Übermittlung der Vergleichsdaten sind geeignete Fristen zu vereinbaren. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben zudem das Verfahren der Datenübermittlung auf maschinenlesbaren Datenträgern zu vereinbaren.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben entsprechend der neuen Nummer 10 bis zum 31. März 2018 die näheren Einzelheiten des Verfahrens nach § 6 Absatz 2 zur Einholung einer Information zur sachgerechten Vergütung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten auf der Grundlage eines Konzepts des InEK zu vereinbaren. Die erforderlichen Finanzierungsmittel hierfür sind durch entsprechende Anwendung von § 17d Absatz 5 in Verbindung mit § 17b Absatz 5 KHG über den DRG-Systemzuschlag zu erheben.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung kann bei ausstehenden Vereinbarungen zu den Zu- und Abschlägen im Konfliktfall die Bundesschiedsstelle angerufen werden. Damit wird ein uneinheitlicher Konfliktlösungsmechanismus verhindert, da die Bundesschiedsstelle auch bei den Regelungen zu den Zu- und Abschlägen nach dem KHEntgG entscheidet.

Zu Nummer 10 (§ 10)

Die Vorschrift des § 10 wird im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen neu gefasst. Die zeitliche und der Höhe nach schematische Annäherung an einen landesweit geltenden Basisentgeltwert entfällt. An die Stelle der schematischen Konvergenz tritt nunmehr der leistungsbezogene Vergleich nach § 4.

Für diesen leistungsbezogenen Vergleich werden die Vertragsparteien auf Landesebene beauftragt, Folgendes zu ermitteln:

- Bis zum 30. November eines Jahres, erstmals bis zum 30. November 2018, für das folgende Jahr einen landesweiten Basisentgeltwert; dabei haben sie von der im Land vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der vereinbarten Summe der Erlöse für Bewertungsrelationen nach § 7 Satz 1 Nummer 1 auszugehen (Absatz 2).
- Die jeweils durchschnittliche Entgelthöhe für krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis Absatz 3; dabei haben sie von der für unterschiedliche Leistungen im Durchschnitt vereinbarten Entgelthöhe auszugehen (Absatz 3).

Fehlende Werte sind jeweils zu schätzen oder Vorjahreswerte heranzuziehen.

Kommen Vereinbarungen nach den Absätzen 2 und 3 bis zum 30. November des betreffenden Jahres nicht zustande, so setzt die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei unverzüglich die ausstehende Entscheidung fest.

Zu Nummer 11 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Als Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen ergeben sich für die in § 11 Absatz 4 genannten Unterlagen folgende Regelungen:

- Die Unterlagen nach Satz 1 Nummer 1 sind bis Ende der budgetneutralen Phase im Jahr 2018 vorzulegen.

- Als Folge aus der Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen wird der Abschnitt B2 gestrichen.

Zu Buchstabe b

Um eine prospektive und zügige Vereinbarung zu ermöglichen, haben die Vertragsparteien vor Ort neben wesentlichen Fragen zum Versorgungsauftrag, zur Leistungsstruktur des Krankenhauses und zu den Zu- und Abschlägen zukünftig auch wesentliche Fragen im Zusammenhang mit leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten frühzeitig gemeinsam vorab zu klären.

Zu Nummer 12 (§ 14)

Es handelt sich um Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. Als Konsequenz aus der Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen, die durch ein von den Vertragsparteien vor Ort gestaltbares Budgetsystem ersetzt wird, ist zukünftig von den Vertragsparteien auf Landesebene auch kein Landesbasisentgeltwert mehr zu vereinbaren. Dementsprechend ist hierzu keine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde mehr erforderlich.

Zu Nummer 13 (§ 15)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen, wodurch auf eine schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen verzichtet wird.

Zu Nummer 14 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die durch die neue Absatzzählung in § 3 bedingt ist.

Zu Buchstabe b

Psychiatrische Einrichtungen haben einen Anspruch auf die Finanzierung der Zahl der Personalstellen nach den Vorgaben der Psych-PV sowie auf die Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen, wenn die Vorgaben der Psych-PV in der Vergangenheit nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden. Satz 1 regelt bereits bisher eine Nachweisverpflichtung für die nachverhandelten Personalstellen und nimmt dabei eine redaktionelle Klarstellung vor, dass die tatsächliche Stellenbesetzung auf der Grundlage der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Vollkräften zu erfolgen hat und nicht zu einem Stichtag. Die Sätze 2 und 4 bis 6 regeln die Einzelheiten für einen Nachweis der Einhaltung der Vorgaben der Psych-PV zu der Zahl der Personalstellen jenseits des Nachverhandlungsanspruchs. Dies ist erforderlich, da bislang keine hinreichende Transparenz besteht, inwieweit der Finanzierungsanspruch auch zu einer Personalausstattung geführt hat, die mit dem von der Psych-PV vorgesehenen Behandlungsangebot korrespondiert. Durch Satz 2 in Verbindung mit Satz 5 wird im Zusammenhang mit der Vereinbarung des Gesamtbetrags deshalb eine Nachweisverpflichtung auf der Grundlage der nach der Psych-PV vereinbarten Stellenbesetzung sowie der tatsächlichen Personalbesetzung im Jahresdurchschnitt eingeführt. Für Vergleichszwecke hat die tatsächliche Stellenbesetzung ebenso wie die vereinbarte Stellenbesetzung auch die in der Psych-PV aufgeführten Berufsgruppen jeweils zu berücksichtigen. Bei der vereinbarten wie der tatsächlichen Stellenbesetzung ist zu gewährleisten, dass die vereinbarten Stellen bzw. das vorhandene Personal umfassend berücksichtigt werden, d. h. einschließlich u. a. der Personalbemessung, die nicht vom Regeldienst umfasst ist (z. B. Nachtdienst, Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft, Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken), abweichender Vereinbarungen zur Zahl der Personalstellen sowie der Personalbemessung für Führungskräfte. Die ermittelten Stellen sind jeweils in Vollkräften auszuweisen. Damit kann die Transparenz über den Stand der Einhaltung der Vorgaben der Psych-PV gestärkt werden. Indem nach Satz 4 ein Nachweis über die zweckentspre-

chende Mittelverwendung zu erbringen ist, kann zudem die fehlende Transparenz gewonnen werden, inwieweit Mittel bzw. zusätzliche Mittel zweckentsprechend für ein Personal- und Behandlungsangebot verwendet werden. Satz 3 gibt in Verbindung mit Satz 5 entsprechende Nachweise für die vom G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V zu beschließenden und ab 1. Januar 2020 geltenden verbindlichen Mindestvorgaben zur personellen Ausstattung vor. Nach Satz 4 ist auch hierfür eine zweckentsprechende Mittelverwendung nachzuweisen. Die vom Krankenhaus nachzuweisenden Angaben sind nach Satz 6 jeweils bis zum 31. März für das vorangegangene Kalenderjahr der Datenstelle nach § 21 Absatz 1 KHEntgG zu übermitteln, damit die Informationen für die Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems genutzt werden können, z. B. zur Beantwortung der Frage, inwieweit auf gesetzlicher Grundlage vorgegebene personelle Anforderungen von den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erfüllt werden. Erstmals zum 1. August 2017 haben die Krankenhäuser die Information für das Jahr 2016 zu übermitteln.

Zudem wird in Satz 2 eine redaktionelle Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung der budgetneutralen Phase umgesetzt.

Zu Buchstabe c

Die Regelung des Absatzes 3 wird aus rechtssystematischen Gründen dort aufgehoben und inhaltsgleich in § 3 Absatz 4 übertragen.

Zu Nummer 15 (Anlage)

Da der Gesetzgeber mit § 9 Absatz 1 Nummer 6 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit der Weiterentwicklung der AEB-Psych nach der Anlage zur BPfIV beauftragt hat, die zwischenzeitlich auch erfolgt ist, wird aus Gründen der Rechtsklarheit für die Anwender die nicht mehr aktuelle Fassung der Anlage aufgehoben.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG)

Zu Nummer 1 und 2 (§ 9, § 10)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, die klarstellen, dass das InEK das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist.

Zu Nummer 3 (§ 21)

Zu Buchstabe a und c

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen in Form sprachlicher Anpassungen der Vorschrift.

Zu Buchstabe b

Das Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V ist auch im Zusammenhang mit den Daten nach § 21 zu übermitteln. Hintergrund ist, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Daten nach § 21 zur Entwicklung und Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b und § 17d KHG und der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Absatz 2 KHG und damit auch zur Definition der Zu- und Abschlagstatbestände nutzen. Außerdem benötigt das Bundeskartellamt die Daten zur Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen mit Standortbezug, um die Wettbewerbssituation regional bewerten zu können. Schließlich nutzen das Institut nach § 137a SGB V oder eine andere vom G-BA nach § 91 SGB V beauftragte Stelle die Daten, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Absatz 3 SGB V durchzuführen bzw. definieren zu können. Ohne eine Verankerung des Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V in § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b können die genannten Aufgaben nicht zielführend umgesetzt werden.

Damit die Krankenhäuser ausreichend Zeit haben, um die erforderlichen Umstellungen zur Nutzung des Kennzeichens für die genannten Zwecke vorzunehmen, ist dieses erstmalig nach einem zeitlichen Vorlauf von drei Jahren zu übermitteln. Zusätzlich sind aus statistischen Gründen in diesem Jahr auch noch die Vorjahreskennzeichen für den entlassenden Standort zu übermitteln.

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 39)

Zu Buchstabe a

Es wird eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld als neue Behandlungsform der Krankenhausbehandlung eingeführt. Die leistungs- und leistungserbringerrechtlichen Einzelheiten dieser Behandlungsform sind in den neuen Sätzen 4 und 5 und in § 115d geregelt.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass die neue Behandlungsform der stationsäquivalenten Behandlung – ebenso wie die teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Behandlung – vorrangig ist gegenüber der vollstationären Behandlung.

Zu Buchstabe c

Die neuen Sätze 4 und 5 enthalten die leistungsrechtliche Regelung der Behandlungsform einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Durch die Einführung dieser Behandlungsform wird eine Lücke geschlossen, die bei der Behandlung psychisch schwer kranker Menschen besteht. Sofern die Betroffenen im Rahmen einer ambulanten oder teilstationären Behandlung in einer Tages- oder Nachtambulanz nicht angemessen versorgt werden können, besteht bisher nur die Möglichkeit, sie stationär aufzunehmen, da insbesondere Patienten mit kompliziertem Krankheitsverlauf und psychosozialen Beeinträchtigungen häufig nicht in der Lage sind, die vorhandenen Behandlungsangebote aktiv aufzusuchen. Versorgungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten jedoch möglichst dicht an ihrer Lebenswelt angesiedelt sein. Wenn die Betroffenen bei Vorliegen einer stationären Behandlungsnotwendigkeit in akuten Krankheitsphasen während der Behandlung in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben können, führt dies zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben und ermöglicht eine stärkere individuelle Ausrichtung der Behandlung auf den persönlichen Lebenskontext der Patienten. Dies kann den Betroffenen helfen, Trennungen und Beziehungsabbrüche zu vermeiden, Bindungen aufrechtzuerhalten und Familienkompetenzen zu erhalten oder zu verbessern und dadurch die Nachhaltigkeit der Behandlung zu stärken. Dadurch ist die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung insbesondere auch für psychisch kranke Menschen geeignet, die Kinder zu versorgen haben. Durch die Behandlung im häuslichen Kontext können die Erziehungskompetenz des betroffenen Elternteils erhalten und verbessert und somit die familiären Verhältnisse stabilisiert werden. Dies kommt insbesondere den Kindern psychisch kranker Eltern zugute. Außerdem ist diese Behandlung auch für psychisch kranke Kinder und Jugendliche geeignet. Zugleich wird hierdurch eine konstante therapeutische Beziehung unter Einbeziehung des sozialen Umfelds gefördert, etwa wenn die Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld fortgesetzt wird. Die Kontinuität einer therapeutischen Beziehung ist einer der effektstärksten Wirkfaktoren in der Therapie psychisch kranker Menschen. Da die Behandlung im häuslichen Umfeld erfolgt und für eine Patientin oder einen Patienten immer das gleiche Behandlungsteam zuständig ist, können Orts-, Arzt- und Therapeutenwechsel weitestgehend vermieden und ein gleitender Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung ermöglicht werden.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist bei psychiatrischen Leiden eine stationäre Behandlung erforderlich im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V, wenn nur auf diese Weise ein notwendig komplexer Behandlungsansatz erfolgversprechend verwirklicht werden kann, weil es auf das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams aus zum Beispiel Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergo-, Bewegungs- und sonstigen Therapeuten sowie psychiatrisch geschultem Pflegepersonal unter fachärztlicher Leitung ankommt. Bei einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld, die einen intensiven, in Umfang, Leistungsspektrum und Komplexität der vollstationären Behandlung vergleichbaren psychiatrischen Behandlungsansatz umfasst, werden die Patienten bei stationärer Behandlungsnotwendigkeit in akuten Krankheitsphasen durch mobile,

ebenfalls fachärztlich geleitete und multiprofessionelle Behandlungsteams aus den vorhandenen Klinikressourcen in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt. Wenn im häuslichen Bereich des Kranken Kinder leben, fällt gleichzeitig auch das Wohl der Kinder verstärkt in den Blick. Im Bereich der Gerontopsychiatrie kann bei Patienten, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben, die stationsäquivalente Behandlung in diesem Heim erfolgen. Neben täglichen Therapiekontakten und einer integrierten multimodalen psychiatrischen Behandlung werden durch die permanente und rasche Verfügbarkeit der Mitarbeiter eine 24-stündige klinische Therapieverantwortung und individuelle Hilfeleistungen an sieben Tagen der Woche gewährleistet. Voraussetzung für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld ist, dass die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit während der gesamten Behandlungsdauer fortbesteht. Bei dieser Behandlungsform handelt es sich daher nicht um eine Behandlung, die nach Art und Intensität auch durch sonstige aufsuchende Behandlungsformen erbracht werden kann. Es handelt sich vielmehr um eine komplexe Behandlungsform des Krankenhauses, die patientenorientiert und medizinisch indiziert nicht an ein stationäres Bett gebunden ist. Stationäre Aufenthalte können hierdurch verkürzt oder ganz vermieden werden. Es ist daher zu erwarten, dass diese „Krankenhausbehandlung ohne Bett“ im häuslichen Umfeld auch zu einem Abbau nicht mehr benötigter Krankenhausbetten führen wird.

Die neue Behandlungsform der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld greift bestehende Versorgungsansätze zur Versorgung psychisch schwer kranker Menschen auf und leitet sie in die Regelversorgung über. Modellvorhaben nach § 64b Absatz 1 Satz 1, die eine komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld zum Gegenstand haben, bleiben unberührt.

Zu Nummer 2 (§ 101)

Der G-BA beschließt gemäß Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bestimmungen über Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (vgl. § 72 Absatz 1 Satz 2) berücksichtigt werden. Bisher sind die in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 tätigen Ärzte bzw. Psychotherapeuten nach den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit einem Anrechnungsfaktor von pauschal 0,5 je Einrichtung zu berücksichtigen, sofern keine belastbaren Daten über den Umfang der Leistungen der Einrichtungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes vorliegen (§ 22 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie). Die Neuregelung dient dem Ziel, die Datengrundlage für die Anrechnung des Versorgungsbeitrags der in psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten zu verbessern und eine zielgenauere Berücksichtigung der in den ermächtigten Einrichtungen (z. B. wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten) erbrachten Leistungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu erleichtern, um im Ergebnis eine pauschale Anrechnung unabhängig vom tatsächlichen Versorgungsbeitrag der betreffenden Einrichtung zu vermeiden. Hierfür werden die Einrichtungen verpflichtet, standortbezogen die Angaben zu den in den Einrichtungen zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten aus den Dokumentationen der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 295 Absatz 1b Satz 4 den Landesausschüssen zur Verfügung zu stellen. Dabei handelt es sich um Angaben zur Anzahl der eingesetzten personellen Kapazitäten und somit nicht um personenbezogene Daten. Bei der Bestimmung der Standorte sind die Kriterien nach § 2a KHG zugrunde zu legen.

Zu Nummer 3 (§ 109)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 115d). Aufgrund dessen können psychisch kranke Menschen, für die bisher nur eine stationäre Behandlung in Betracht gekommen ist, künftig in ihrem häuslichen Umfeld versorgt werden. Daher ist zu erwarten, dass Krankenhäuser, die diese Behandlungsform erbringen, mit einem geringeren Bestand an Kranken-

hausbetten auskommen. Dies konnte von den Ländern bei der Aufstellung der Krankenhauspläne nicht berücksichtigt werden. Aufgrund der Dauer der Planungsprozesse ist auch eine kurzfristige Anpassung der Krankenhauspläne nicht möglich. Um eine kurzfristige Anpassung der Bettenzahl an den geringeren Bettenbedarf zu ermöglichen, wird vorgesehen, dass die Vertragsparteien vor Ort im Benehmen mit dem Land vereinbaren, in welchem Umfang die Bettenzahl gegenüber Krankenhausplan zu verringern ist. Im Nichteinigungsfall entscheidet die Schiedsstelle nach § 114 SGB V. Die Planungshoheit der Länder wird hierdurch nicht berührt, da die Leistungsstruktur des Krankenhauses durch die Vereinbarung nicht verändert werden darf und das Land nicht an einer Fortschreibung seiner Krankenhausplanung gehindert ist.

Zu Nummer 4 (§ 115d)

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 begrenzt die Berechtigung zur Erbringung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung im häuslichen Umfeld auf psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung und auf Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung und beschreibt die an die Leistungserbringung gestellten Voraussetzungen. Diese Beschränkung ist sachgerecht, da die Behandlungsform der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld besondere Anforderungen an die Qualifikation des Personals und die Flexibilität der Organisation des Krankenhauses stellt. Diese Voraussetzungen sind typischerweise in Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung erfüllt, da diese in der Lage sein müssen, auch sehr kurzfristig auf wechselnde Bedarfslagen zu reagieren. Die Entscheidung über die Erbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung unterliegt der therapeutischen Entscheidung des Krankenhauses. Dieses soll in medizinisch geeigneten Fällen die Leistung anordnen, wenn die Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit während der gesamten Behandlungsdauer fortbesteht, eine stationäre Aufnahme aber nicht erforderlich ist. Ferner ist die neue Behandlungsform eine psychiatrische Akutbehandlung, das heißt, dass sie ebenso wie vollstationäre Behandlung, nur in akuten Krankheitsphasen erbracht werden kann, in denen diese Form der komplexen Intensivbehandlung erforderlich ist. In Bezug auf den Inhalt der neuen Behandlungsform wird auf die Begründung zu § 39 Absatz 1 Satz 4 und 5 verwiesen.

In Absatz 1 Satz 2 wird festgestellt, dass die Verantwortung für die Bereitstellung des erforderlichen Personals und der notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei den Krankenhausträgern liegt. Das betrifft insbesondere die Rufbereitschaft des Behandlungsteams sowie die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit. Im Rahmen seiner Therapieverantwortung muss das Krankenhaus außerdem dafür Sorge tragen, dass es auf kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Betroffenen mit einer vollstationären Aufnahme reagieren kann.

Angesichts der Komplexität und Dichte der stationsäquivalenten Behandlung (strukturell, zeitlich, qualitativ und quantitativ) und der Notwendigkeit, in deren Rahmen auch kurzfristig auf die Infrastruktur des Krankenhauses zurückgreifen zu können, ist die Erbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung auf Krankenhäuser beschränkt. Insoweit geht die stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld strukturell über die aufsuchende Behandlung hinaus, die an der ambulanten Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, wie etwa niedergelassene Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren oder psychiatrische Institutsambulanzen ausüben. Allerdings schließt dies nicht aus, dass das Krankenhaus diese Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus in geeigneten Fällen, beispielsweise unter den Gesichtspunkten der Wohnortnähe oder der Behandlungskontinuität, mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen kann, soweit die Qualität der stationsäquivalenten Gesamtbehandlung gewährleistet ist. In geeigneten Fällen kann die Behandlung auch in Kooperation mit den kommunalen sozialpsychiatrischen Diensten erfolgen. Allerdings soll die Tätigkeit dieser Dienste durch die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nicht eingeschränkt oder ersetzt werden. Die Vergütung hat auch in diesen Fällen ausschließlich nach Krankenhausfinanzierungsrecht gegenüber dem Krankenhaus zu erfolgen.

Die Weiterleitung der Vergütung ist im Innenverhältnis zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer zu regeln.

Zu Absatz 2

In Satz 1 werden der GKV-Spitzenverband, die PKV und die DKG verpflichtet, im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Regelungen zur Ausgestaltung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld zu vereinbaren.

Mit Nummer 1 wird klargestellt, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert werden muss (z. B. Krankenhaus-einweisung).

Mit Nummer 2 werden die Vertragsparteien beauftragt, das Nähere zu den Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung zu vereinbaren. Da es sich bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld um eine Krankenhausleistung handelt, gelten zunächst die vom G-BA festgelegten Anforderungen an die Qualitätssicherung im Krankenhaus. Soweit darüber hinaus noch besondere Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung erforderlich sind, sind diese vertraglich zu vereinbaren.

Hinsichtlich des in Nummer 3 enthaltenen Auftrags an die Vertragsparteien, die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zu vereinbaren, wird auf die Begründung zu Absatz 1 Satz 3 verwiesen.

Da zu erwarten ist, dass die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld zu einem Abbau nicht mehr benötigter Krankenhausbetten führen wird, enthält Nummer 4 den Auftrag an die Vertragsparteien, Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten zu vereinbaren. Die Umsetzung erfolgt in den Versorgungsverträgen nach § 109 SGB V.

Mit Satz 2 werden die Vertragsparteien beauftragt, im Benehmen mit den maßgeblichen psychiatrischen Fachgesellschaften die erforderlichen Kriterien für eine Leistungsbeschreibung als Grundlage zur Einführung eines entsprechenden Operationen- und Prozedurenschlüssels zu entwickeln, damit die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld möglichst frühzeitig in die empirische Kalkulation einbezogen werden kann. Die Vereinbarung ist bis zum 28. Februar 2017 zu treffen, damit fristgerecht ein diesbezüglicher Antrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen beim DIMDI gestellt werden kann. Auf der Grundlage der Leistungsbeschreibung können psychiatrische Einrichtungen dann für das Jahr 2018 eine krankenshausindividuelle Vergütung für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld vereinbaren. Die krankenshausindividuellen Vergütungen werden durch auf Bundesebene kalkulierte Entgelte abgelöst, sobald eine Kalkulation der Leistung auf der Grundlage von Kosten- und Leistungsdaten von psychiatrischen Einrichtungen möglich ist.

Zu Absatz 3

Um die Leistungserbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, ist eine Schiedsstellenlösung für den Fall vorgesehen, dass die Vertragsparteien sich nicht innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten über die in § 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 4 vorgesehenen Regelungen zur Ausgestaltung der neuen Behandlungsform einigen können. Aufgrund der Notwendigkeit, das Nähere zur Ausgestaltung der Leistungserbringung zu regeln, wird zur Beschleunigung eines etwaigen Schiedsverfahrens von einem Antragserfordernis abgesehen. Die Schiedsstelle trifft ihre Entscheidung auf der Grundlage vorliegender Vorschläge.

Die Schiedsstelle trifft keine Entscheidung über die nach § 115d Absatz 2 Satz 2 zu vereinbarende Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Unterschiedliche Auffassungen in diesem Zusammenhang sind - wie sonst auch - im Rahmen des Verfahrens zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen beim DIMDI zu klären.

Zu Absatz 4

Da bisher keine flächendeckenden Erfahrungen zu den Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld vorliegen, sollen die Auswirkungen dieser neuen Behandlungsform auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie ihre finanziellen Auswirkungen in einem Zeitraum von fünf Jahren evaluiert werden. Zu diesem Zweck werden der GKV-Spitzenverband, die DKG und die PKV verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit einen entsprechenden Bericht vorzulegen. Aufgrund dieses Berichts kann dann etwa die Entscheidung getroffen werden, ob und in welche Form z. B. Netzwerke ambulanter Leistungserbringer die stationsäquivalente Behandlung selbstständig, d. h. nicht nur im Wege der Beauftragung, durchführen können.

Zu Nummer 5 (§ 118)

§ 118 Absatz 3 wird dahingehend ergänzt, dass auch die psychiatrischen Krankenhäuser mit psychosomatischen Fachabteilungen zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Behandlungsleistungen in dem vertraglich festzulegenden Umfang ermächtigt sind. Die Ergänzung ist sachgerecht, weil die psychiatrischen Krankenhäuser eine große Sachnähe zur Psychosomatik aufweisen und bislang nicht ausdrücklich zum Kreis der nach § 118 Absatz 3 ermächtigten Leistungserbringer gehören. Parallel zu den für Allgemeinkrankenhäuser geltenden Voraussetzungen ist auch im Hinblick auf die Ermächtigung der psychiatrischen Krankenhäuser zu fordern, dass eine selbstständige, fachärztlich geleitete psychosomatische Abteilung vorgehalten wird.

Darüber hinaus wird das Erfordernis der regionalen Versorgungsverpflichtung gestrichen. Hierdurch wird gewährleistet, dass eine Ermächtigung zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Behandlungsleistungen auch dann möglich ist, wenn – wie dies derzeit der Fall ist – Regelungen zur regionalen Versorgungsverpflichtung im Bereich der Psychosomatik nicht existieren. Das Kriterium der regionalen Versorgungsverpflichtung, das mit der Annahme einer besonderen Fachkompetenz verbunden ist, wird ersetzt durch die Vorgabe, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene in dem Vertrag zur Konkretisierung des Ermächtigungsumfangs entsprechend § 118 Absatz 2 Satz 2 auch besondere Anforderungen an die Bedarfsgerechtigkeit, insbesondere aufgrund der Wahrnehmung einer zentralen Versorgungsfunktion und an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung regeln. Hierdurch sollen zum einen medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen vermieden werden. Besondere Regelungen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität sind gerechtfertigt, weil die Ermächtigung zur ambulanten Leistungserbringung von vornherein nur diejenigen Fälle umfasst, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung durch niedergelassene Ärzte nicht erfolgreich behandelt werden können. Es kann sich dabei etwa um spezielle Anforderungen an die Qualifikation des medizinischen Personals, an die Ausstattung der Einrichtungen oder an den Inhalt von Qualitätsberichten handeln. Weiteres Kriterium kann das Vorhandensein eines breit gefächerten Fachabteilungsspektrums sein, um den speziellen interdisziplinären Belangen der Psychosomatik bestmöglich zu entsprechen. Unabhängig hiervon haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, welche Gruppe von Kranken aufgrund der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz bedarf.

Zu Nummer 6 (§ 136)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Satzes in Absatz 1.

Zu Buchstabe b

Gemäß Satz 2 hat der G-BA die Verantwortung für erforderliche Bestimmungen zur Umsetzung der Richtlinien nach Satz 1. Mit der Ergänzung in Satz 3 wird klargestellt, dass diese Kompetenz zur Festlegung von Durchführungsbestimmungen neben Regelungen zur Organisation und zu erforderlichen Strukturen für die Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung auch Regelungen zur Finanzierung bestimmter Strukturen (z. B. der Landesarbeitsgemeinschaften nach § 5 der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifen-

den Qualitätssicherung) umfasst. Der G-BA ist danach ausdrücklich ermächtigt, die Finanzierung der Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung durch Qualitätssicherungszuschläge zu regeln, die analog §§ 139c, 87 Absatz 3c oder § 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG entweder sektorspezifisch oder sektorenübergreifend gestaltet werden können. Die Einschränkung zur Finanzierung von „notwendigen“ Strukturen hebt die Wahrung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit für diese Bestimmungen hervor.

Zu Nummer 7 (§ 136a)

Mit den Änderungen wird gewährleistet, dass die Einführung des Budgetsystems auf Grundlage des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltkatalogs für stationäre und teilstationäre Leistungen noch stringenter mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die insbesondere die notwendige personelle Ausstattung gewährleisten, begleitet wird.

Zu Buchstabe a

Die Änderung des Satzes 1 ist eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in den Sätzen 2 und 3.

Zur Sicherung der Behandlungsqualität wird der G-BA durch die Änderungen im neuen Satz 2 insbesondere damit beauftragt, in seinen Richtlinien Mindestvorgaben zu dem für die Versorgung erforderlichen therapeutischen Personal verbindlich festzulegen sowie Indikatoren zur Bewertung der Qualität zu entwickeln. Die Mindestvorgaben, die die bisher vorgesehenen Empfehlungen zur Personalausstattung ersetzen, sind aus Sicht von Fachexperten erforderlich, weil die bisherigen Vorgaben der Psych-PV ab dem Jahr 2020 außer Kraft treten. Da die therapeutische Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung einen sehr personalintensiven Bereich darstellt, hängt die Versorgungsqualität hier in besonderem Maße von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung in stationären Einrichtungen bedarf daher zur Sicherung der Strukturqualität weiterhin bindender Regelungen für die Personalausstattung. Mit der Einführung von verbindlichen Mindestvorgaben wird der Umfang des zur notwendigen Versorgung der Patienten vorzuhaltenden Personals beschrieben, der nicht unterschritten werden darf. Diese Personalvorgaben werden daher als Mindestanforderungen der Strukturqualität für die gesamte psychiatrische und psychosomatische Versorgung eingeführt.

Der neue Satz 3 stellt klar, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung möglichst auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz festgelegt werden sollen, mit dem Ziel eine leitliniengerechte Behandlung zu unterstützen. Für die Festlegungen zur Personalausstattung sind danach insbesondere evidenzbasierte Leitlinien mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (S3-Leitlinien) von besonderer Bedeutung. Die Mindestvorgaben haben in personeller Hinsicht die in den Leitlinien vorgesehene Behandlung zu fördern. Soweit sich die Mindestvorgaben nicht aus Leitlinien oder anderen wissenschaftlichen Erkenntnissen ableiten lassen, kann der G-BA bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben auch sonstige externe Expertise einbeziehen. Darüber hinaus stehen die bisherigen Vorgaben der Psych-PV zur Orientierung zur Verfügung, die jedoch an die aktuellen Rahmenbedingungen und den Entwicklungsstand in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung anzupassen sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einfügung von zwei neuen Sätzen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund des in Satz 2 neu eingefügten Auftrags an den G-BA, verbindliche Personalmindestvorgaben statt wie bisher in Empfehlungen in den Richtlinien zur Qualitätssicherung festzulegen.

Zu Buchstabe d

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sollen zum 1. Januar 2020 greifen. Die Psych-PV tritt dementsprechend zum 1. Januar 2020 außer Kraft. Der G-BA hat deshalb die zur Sicherung der Versorgungsqualität erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 rechtzeitig vorher, spätestens bis zum 30. September 2019, zu beschließen, damit ein Wirksamwerden gemäß § 94 zum 1. Januar 2020 gewährleistet werden kann. Neben den Mindestvorgaben für die Personalausstattung sind bis dahin also auch erste Indikatoren für die Qualitätsbewertung zu entwickeln sowie Verfahren zu ihrer Erhebung und Auswertung zu etablieren.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Änderungen in Satz 2.

Zu Nummer 8 (§ 136c)

Durch die Streichungen wird klargestellt, dass die Auswertungsergebnisse nach Satz 1 neben den Ergebnissen aus der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung auch Ergebnisse der Krankenhäuser aus Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beinhalten können. Entsprechend des gesetzlichen Auftrags des G-BA in § 136 Absatz 2 Satz 1, die Qualitätssicherung in der Regel sektorenübergreifend zu gestalten, werden zunehmend Verfahren der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung in sektorenübergreifende Verfahren überführt. Auch die Ergebnisse aus den datengestützten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren sollen für die Umsetzung planungsrelevanter Indikatoren genutzt werden.

Zu Nummer 9 (§ 137a)

Die Änderung stellt klar, dass das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) neben Forschungs- und Entwicklungsaufträgen auch Aufträge anderer Art vergeben kann. So kann das IQTIG auch in Bezug auf die Durchführung von Institutsaufgaben nach Absatz 3 einen Dritten beauftragen, wenn zusätzliche Kapazitäten erforderlich sind.

Zu Nummer 10 (§ 137h)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt durch das KHSG.

Zu Nummer 11 (§ 293)

Mit den Neuregelungen im KHG (§ 2a KHG neu) und im SGB V werden der GKV-Spitzenverband und die DKG verpflichtet, eine Definition des Krankenhausstandortes festzulegen sowie auf deren Grundlage ein entsprechendes Verzeichnis für zugelassene Krankenhäuser zu führen. Das Verzeichnis soll unter anderem Kennzeichen zum Standort enthalten und ist zu veröffentlichen. Der GKV-Spitzenverband stellt darüber hinaus den Kostenträgern und dem G-BA das Verzeichnis zur Verfügung. Zu den Kostenträgern gehören insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen sowie die privaten Krankenversicherungsunternehmen. Soweit für Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung von Zuschlägen sowie mit Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung neben der Standortkennzeichnung eine Differenzierung nach Fachabteilungen erforderlich sein sollte, kann hierfür der Fachabteilungsschlüssel nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 verwendet werden. Im Übrigen richtet sich die Verwendung der Standortkennzeichen nach der jeweiligen Aufgabenstellung. Wenn es die konkrete Zwecksetzung erfordert, kann etwa der G-BA daher auch mehrere oder alle Standortkennzeichen eines Krankenhauses zusammenfassen. Bei der Standortkennzeichnung ist auch sicherzustellen, dass die jeweiligen Kennzeichen den Krankenhäusern über den gesamten Zeitraum ihrer Zulassung zugeordnet werden können. Das Statistische Bundesamt kann das Verzeichnis im Rahmen seiner Aufgaben zur Krankenhausstatistik nutzen. Den Selbstverwaltungspartnern wird die Möglichkeit eingeräumt, die Entwicklung und Führung des Standortverzeichnisses an dem InEK zu übertragen. In diesem Fall sind die notwendigen Aufwendungen des InEK aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 KHG zu finanzieren, damit die Erfüllung

dieser neuen Aufgabe für das InEK kostenneutral ist. Satz 3 verpflichtet die Krankenhäuser, die für den Aufbau, das Führen und die Pflege des Verzeichnisses erforderlichen Angaben zu übermitteln. Eine fortlaufende Aktualisierung des Verzeichnisses in Abständen, die zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden, soll gewährleisten, dass dem GKV-Spitzenverband, den Kostenträgern und dem G-BA zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie mit der Erfüllung der Anforderung der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA immer aktuelle Informationen vorliegen. Die Krankenhäuser erhalten eine dreijährige Vorlaufzeit, um die erforderlichen Umstellungen zur Nutzung des Kennzeichens für die genannten Zwecke vorzunehmen. Nach § 301 Absatz 1 Nummer 2 - neu - müssen sie ab dem **ersterTag des vierten Jahres nach der Verkündung** das Kennzeichen für die Abrechnung der stationären Leistungen verbindlich angeben. Um die Richtigkeit der Kennzeichen im Vorfeld durch die Krankenkasse überprüfen zu lassen und damit die Abrechnung sicherzustellen, kann das Krankenhaus das Kennzeichen auch für einen früheren Abrechnungszeitraum freiwillig bei der Abrechnung gegenüber der Krankenkasse angeben.

Die DKG und der GKV-Spitzenverband werden verpflichtet das Nähere zu der Art und dem Aufbau des Verzeichnisses, der Art und dem Aufbau der Kennzeichen sowie das Verfahren ihrer Vergabe, den geeigneten Abständen der Aktualisierung des Verzeichnisses sowie zu dessen Finanzierung zu regeln. Damit die Umsetzung zeitnah erfolgt, wird eine Frist von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten vorgegeben. Sollten die DKG und der GKV-Spitzenverband bis dahin keine Vereinbarung getroffen haben, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen. Das Verzeichnis ist daraufhin zügig aufzubauen.

Zu Nummer 12 (§ 295)

Psychiatrische Institutsambulanzen leisten einen wichtigen Versorgungsbeitrag an der Schnittstelle zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung. Sie erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für Patienten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen krankenhaushaften Versorgungsangebots bedürfen. Die Behandlung kann sich nach § 118 Absatz 1 aber auch auf die Behandlung von Patienten erstrecken, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten niedergelassenen Ärzten auf die Behandlung durch die psychiatrische Institutsambulanz angewiesen sind. Durch die Möglichkeit der Krankenhäuser, psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 115d Absatz 1 (neu) künftig in die Durchführung der neu geregelten stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld im Auftragswege einzubeziehen, ist davon auszugehen, dass die Bedeutung der psychiatrischen Institutsambulanzen für die Versorgung psychisch kranker Menschen weiter steigen wird. Bisher fehlen häufig geeignete Angaben zum Leistungsinhalt und den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, um die in den psychiatrischen Institutsambulanzen erbrachten Leistungen von der psychiatrischen Grundversorgung abzugrenzen. Vor diesem Hintergrund verfolgt die Änderung das Ziel, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen in den psychiatrischen Institutsambulanzen herzustellen. Hierfür werden die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 KHG verpflichtet, in der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA-Doku-Vereinbarung) Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf Art und Inhalt der Leistung sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten festzulegen und das Nähere zu der in § 101 Absatz 1 Satz 10 neu geregelten Datenübermittlung zu vereinbaren. Die Leistungsdokumentation soll dabei insbesondere Angaben zum medizinisch-therapeutischen Inhalt und der zeitlichen Dauer der Leistung enthalten. Die Festlegung der eingesetzten personellen Kapazitäten soll sowohl in qualitativer Hinsicht getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten als auch quantitativ nach Vollzeitäquivalenten erfolgen. Die Konkretisierung der Datenübermittlung nach § 101 Absatz 1 Satz 10 schließt die Festlegung geeigneter Übermittlungszeiträume mit ein. Mit der Vorgabe zur Konkretisierung der Anforderungen an die Dokumentation der Leistungsinhalte werden die Regelungen in § 2a KHG (neu) und § 293 Absatz 6 (neu) zur Transparenz über die Leistungsverortung im Hinblick auf die Transparenz der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen insgesamt ergänzt.

Zu Nummer 13 (§ 301)

Zu Buchstabe a

In § 301 Absatz 1 Satz 1 wird der Anwendungsbereich auf die Krankenhausträger erweitert, um auch eine standortübergreifende Abrechnung durch den Krankenhausträger zu ermöglichen.

Zu Buchstabe b

In § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird festgelegt, dass auch das Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 – neu – zu übermitteln ist. Hierfür wird ein zeitlicher Vorlauf von drei Jahren vorgesehen, sodass erst für den Abrechnungszeitraum des vierten Jahres nach der Verkündung das Kennzeichen verbindlich anzugeben ist. Um die Richtigkeit der Verwendung des Standortkennzeichens durch die jeweilige Krankenkasse zu überprüfen, können die Krankenhäuser das Kennzeichen zur Abrechnung der stationären Leistung auch vor diesem Zeitpunkt angeben, sofern dieses dem Krankenhaus bereits zugeteilt wurde.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 39), da die Krankenhausbehandlung nach der Neuregelung nicht im Krankenhaus, sondern im häuslichen Umfeld stattfindet.

Zu Artikel 5 (Änderung der Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV)

Die Geltung der Psych-PV wird um ein Jahr verlängert und erst am 1. Januar 2020 aufgehoben, da bis zu diesem Zeitpunkt die Richtlinie des G-BA nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V umzusetzen ist. Mit dieser Richtlinie hat der G-BA Vorgaben u. a. zur Strukturqualität zu treffen, die die bisherigen Vorgaben der Psych-PV als Mindestvorgaben zur Personalausstattung ablösen.

Zu Artikel 6 (Inkrafttreten)

Das Gesetz tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.