

## **Änderungsantrag 1**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Beteiligung der Länder bei der Vereinbarung der Definition von Krankenhausstandorten)

In Artikel 1 Nummer 1 wird § 2a Absatz 1 wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden nach dem Wort „mit“ die Wörter „den Ländern,“ eingefügt.
2. Folgender Satz wird angefügt:  
„Das Benehmen mit den Ländern nach Satz 1 wird mit zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannten Vertretern der Länder hergestellt.“

### Begründung:

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

die Deutsche Krankenhausgesellschaft ermittelte Erfüllungsaufwand auch nur geringfügig erhöhen dürfte.

## **Änderungsantrag 2**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 28 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Präzisierung im Hinblick auf die Verordnungsermächtigung für die Krankenhausstatistik)

Artikel 1 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

6. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 wird im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „kann“ das Wort „insbesondere“ eingefügt.
- b) In Absatz 4 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4“ durch die Wörter „Datenstelle nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.

### Begründung:

Zu Buchstabe a

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

der Erweiterung der Erhebungsmerkmale jeweils nicht um personenbezogene Daten handeln. Die Festlegung der einzelnen Erhebungsmerkmale erfolgt durch die Krankenhausstatistik-Verordnung.

Zu Buchstabe b

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

### Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

#### Zu Artikel 2 Nummer 4 (§ 3 der Bundespflegesatzverordnung)

(Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags; Überschreitung der Obergrenze bei Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen; Berücksichtigung von Stellenbesetzungen im Gesamtbetrag)

Artikel 2 Nummer 4 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „vereinbaren“ ein Semikolon und die Wörter „Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen“ eingefügt.

bb) In Satz 4 Nummer 6 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

cc) In Satz 5 werden nach dem Wort „begründet“ die Wörter „oder wenn dies aufgrund von Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen erforderlich“ eingefügt.

dd) Nach Satz 8 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Eine Absenkung des Gesamtbetrages nach Satz 8 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl vorliegt. Wird nach einer Absenkung des Ge-

sambetrags eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag für den nächsten Vereinbarungszeitraum in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“

- b) In Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „Absatz 3 Satz 10“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 12“ ersetzt.
- 2. In Buchstabe f Doppelbuchstabe bb werden die Wörter „Absatz 3 Satz 10“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 12“ ersetzt.
- 3. Buchstabe h Doppelbuchstabe aa wird wie folgt geändert:
  - a) In Dreifachbuchstabe aaa werden die Wörter „Absatz 3 Satz 10“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 12“ ersetzt.
  - b) In Dreifachbuchstabe ccc werden die Wörter „Absatz 3 Satz 10“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 12“ ersetzt.

Begründung:

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu Doppelbuchstabe cc

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

des Versorgungsbedarfs für psychisch kranke Menschen, die Zulässigkeit der Überschreitung der Obergrenze aufgrund der Tatbestände nach Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 3 begründen.

Zu Doppelbuchstabe dd

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

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung von zwei Sätzen in Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd.

Zu den Nummern 2 und 3

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einfügung von zwei Sätzen in Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd.

## **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 4 der Bundespflegesatzverordnung) (Untergliederung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach Fachgebieten unter gesonderter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie)

In Artikel 2 Nummer 5 wird in § 4 Absatz 1 Satz 4 das Wort „können“ durch die Wörter „unter gesonderter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und werden die Wörter „untergliedert werden“ durch die Wörter „zu untergliedern“ ersetzt.

### Begründung:

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

## **Änderungsantrag 5**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Krankenhausindividuelle  
ergänzende Zuschläge für  
Besonderheiten in der Leistungserbringung)

In Artikel 2 Nummer 6 Buchstabe b werden in Absatz 2 Satz 1 nach den Wörtern „zeitraumbezogene Entgelte“ die Wörter „oder ergänzende Zuschläge“ eingefügt.

#### Begründung:

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Vertragsparteien vor Ort für die Vergütung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung entweder eigenständige tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte oder aber ergänzende krankenhausesindividuelle Zuschläge zu den vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten Entgelten vereinbaren können. Hierdurch wird die Flexibilität der Vertragsparteien bei der Vereinbarung einer sachgerechten Vergütung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung erhöht. Die ergänzenden Zuschläge für Besonderheiten in der Leistungserbringung sind jenseits der Vorgaben des § 5 zu vereinbaren und nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 2 Bestandteil des Gesamtbetrags.

## Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für

psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

BT-Drs. 18/9528

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

(Vorschläge zur Weiterentwicklung des Prozedurenschlüssels)

In Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd wird in Nummer 7 das Komma nach dem Wort „Jahres“ gestrichen und werden die Wörter „die Benennung von Schlüsseln“ durch die Wörter „die Beschreibung von Leistungen“ und die Wörter „eingeführt wurden und“ durch die Wörter „einzuführen sind, sowie die Benennung von Schlüsseln, die zu streichen sind, da sie“ ersetzt.

#### Begründung:

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

## **Änderungsantrag 7**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 2 Nummer 11a – neu – (§ 13 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung) (Redaktionelle Folgeänderungen zur Aufhebung des § 10 der Bundespflegesatzverordnung)

Nach Artikel 2 Nummer 11 wird folgende Nummer 11a eingefügt:

„11a. In § 13 Absatz 1 Satz 1 wird jeweils die Angabe „§ 10 oder“ gestrichen.“

### Begründung:

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

## **Änderungsantrag 8**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen bei stationsäquivalenter Behandlung)

Nach Artikel 2 Nummer 13 wird folgende Nummer 13a eingefügt:

„13a. In § 16 Satz 2 werden nach dem Wort „Wahlleistungen“ die Wörter „auch für stationsäquivalente Behandlung“ eingefügt.“

### Begründung:

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

## Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

### Zu Artikel 2 Nummer 14 (§ 18 der Bundespflegesatzverordnung)

(Sicherstellung des Anspruchs auf anteilige Tarfkostenrefinanzierung im Jahr 2017 für nicht optierende Einrichtungen; Personalnachweis; zweckentsprechende Mittelverwendung)

Artikel 2 Nummer 14 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und wird nach der Angabe „2016“ die Angabe „oder 2017“ eingefügt.
- bb) In Nummer 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
- cc) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
- dd) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

„5. § 3 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung entsprechend anzuwenden ist.“

2. In Buchstabe b Doppelbuchstabe bb werden in dem neuen Satz 2 nach den Wörtern „im Krankenhaus“ die Wörter „und den anderen Vertragsparteien nach § 11“ eingefügt.

3. Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

,c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Soweit der Nachweis nach Absatz 2 Satz 2 bei der tatsächlichen jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung für das Jahr 2016 eine Unterschreitung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen ausweist, ist der Gesamtbetrag nach § 3 Absatz 2 für die Jahre 2017 bis 2019 in Höhe der entstehenden Kosten für zusätzlich zu besetzende Stellen zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zu erhöhen. Die Begrenzung des Anstiegs des Gesamtbetrags durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 findet keine Anwendung. Eine Rückzahlung von Mitteln und eine Absenkung des Gesamtbetrags ist für die Jahre 2017 bis 2019 nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass die im Gesamtbetrag vereinbarten Mittel für Personal vollständig für die Finanzierung von Personal verwendet wurden. Wurden Personalmittel abweichend von Satz 3 nicht zweckentsprechend verwendet, ist § 3 Absatz 3 Satz 8 entsprechend anzuwenden. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Krankenhäuser nach Absatz 1.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (§ 18 Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstaben bb und cc

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

Zu Doppelbuchstabe dd

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

Zu Nummer 2 (§ 18 Absatz 2)

Mit der Änderung wird geregelt, dass Krankenhäuser bereits für die Jahre 2016 bis 2019 nicht nur gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, sondern auch gegenüber den Kostenträgern nachzuweisen haben, inwieweit sie die Vorgaben zur Psychiatrie-Personalverordnung

(Psych-PV) zur Zahl der Personalstellen einhalten. Die näheren Einzelheiten zu der Nachweisverpflichtung werden unverändert durch § 18 Absatz 2 Satz 4 bis 6 sowie durch die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 vorgegeben.

#### Zu Nummer 3 (§ 18 Absatz 3)

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

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

Ein zweckwidriger Einsatz von Mitteln, die für Personalkosten vereinbart wurden, liegt demgegenüber z. B. dann vor, wenn vom Krankenhaus Personalmittel für investive Zwecke eingesetzt werden. Wurden Personalmittel zweckwidrig eingesetzt, so findet nach Satz 4 keine automatische Absen-

kung des Gesamtbetrags statt. Vielmehr haben die Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen eine Absenkung des Gesamtbetrags vorzunehmen ist (entsprechende Anwendung von § 3 Absatz 3 Satz 8). Nach Satz 5 finden die Sätze 1 bis 4 auch für den Gesamtbetrag von Krankenhäusern entsprechend Anwendung, die im Jahr 2017 ihre Leistungen noch nicht nach dem neuen Entgeltsystem abrechnen.

## **Änderungsantrag 10**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Gesetzliche Obergrenze für die Jahre 2017 und 2018 für die Vereinbarung eines erhöhten Fixkostendegressionsabschlags durch die Vertragsparteien auf Ortsebene)

Vor Artikel 4 Nummer 1 wird folgende Nummer 0a eingefügt:

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

„Für die Jahre 2017 und 2018 ist der zu vereinbarende höhere Abschlag nach Satz 2 auf 50 Prozent begrenzt.“

#### Begründung:

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

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

## **Änderungsantrag 11**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Folgeänderung zur Finanzierung der Mehrkosten auf Grund von G-BA-Richtlinien in besonderen Einrichtungen)

Vor Artikel 4 Nummer 1 wird folgende Nummer 0b eingefügt:

„0b. Dem § 5 Absatz 3c werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Finanzierung der in den Sätzen 1 und 3 genannten Mehrkosten erfolgt bei besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch eine Berücksichtigung in den krankenhausesindividuellen Entgelten. Die Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme nach § 9 Absatz 1b Satz 1 in Verbindung mit § 6 Absatz 3 Satz 4 gilt insoweit nicht.“

#### Begründung:

Nach § 5 Absatz 3c, der durch das Krankenhausstrukturgesetz eingeführt wurde, können die Krankenhäuser und Kostenträger vor Ort befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten vereinbaren, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung entstehen. Entsprechende Mehrkosten können auch in besonderen Einrichtungen entstehen, die zeitlich befristet vom System der Diagnosis Related Groups (DRG) ausgenommen sind und deshalb krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbaren. Da der Anstieg dieser krankenhausesindividuellen Entgelte (die sogenannte Erlössumme) nach geltender Rechtslage durch den Veränderungswert begrenzt ist, kann es vorkommen, dass besondere Einrichtungen die aus G-BA-Mindestanforderungen zur Struktur- oder Prozessqualität resultierenden Mehrausgaben nicht vollständig refinanzieren können. Um eine entsprechende Benachteiligung besonderer Einrichtungen gegenüber DRG-Krankenhäusern zu vermeiden, sieht die Änderung vor, dass die Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme durch den Veränderungswert für

die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in G-BA-Richtlinien entstehen, nicht gilt. Insoweit sieht die Änderung eine entsprechende Überschreitungsmöglichkeit der Obergrenze vor, wie sie § 10 Absatz 4 Satz 4 bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte eröffnet.

## Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Änderung der Berechnungsweise für den Pflegezuschlag)

Vor Artikel 4 Nummer 1 wird folgende Nummer 0c eingefügt:

,0c. § 8 Absatz 10 Satz 4 wird wie folgt geändert:

- a) Im ersten Halbsatz werden die Wörter „Reihe 6.3 ausgewiesenen entsprechenden Kosten“ durch die Wörter „Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, multipliziert mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils“ ersetzt.
- b) Im zweiten Halbsatz wird das Wort „Kosten“ durch die Wörter „Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus“ ersetzt und werden nach dem Wort „haben“ ein Komma und die Wörter „multipliziert mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land“ eingefügt.

### Begründung:

Die zum 1. Januar 2017 in Kraft tretende Regelung zum Pflegezuschlag lässt das Personal unberücksichtigt, das in den Krankenhäusern beschäftigt, aber nicht direkt angestellt ist. Dies sind zum Beispiel Personen mit Gestellungsverträgen mit den Schwesternschaften des Roten Kreuzes. In der Fachserie 12 Reihe 6.3 des Statistischen Bundesamtes werden diese Kosten nicht als Personalkosten

für Pflege, sondern unter der Rubrik "nicht zuordenbare Personalkosten" beziehungsweise nachrichtlich als Sachkosten ausgewiesen.

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

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

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

## Änderungsantrag 13

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Fristverlängerung für die Vereinbarung der Notfallzu- und -abschläge um ein Jahr)

Artikel 4 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

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

- a) In Nummer 3 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
- b) In Nummer 5 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2018“ und wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

### Begründung:

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

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

## Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Gesetzliche Festlegung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags für die Jahre 2017 und 2018)

Dem Artikel 4 Nummer 2 wird folgender Buchstabe c angefügt:

.c) Absatz 13 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Für die Jahre 2017 und 2018 wird die Höhe des Abschlags auf 35 Prozent festgesetzt.“

### Begründung:

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Buchstabe bb

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

Fallzahlsteigerung zu verhandeln ist, für die Jahre 2017 und 2018 eine gesetzliche Obergrenze vorgegeben (siehe § 4 Absatz 2b).

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

## **Änderungsantrag 15**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 4 Nummer 3 (§ 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes) (Übermittlung des Standortkennzeichens von Krankenhäusern)

In Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe b werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „für den aufnehmenden, den weiterbehandelnden und den entlassenden Standort“ angefügt.

### Begründung:

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

## **Änderungsantrag 16**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 5 Nummer 1 (§ 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) (Streichung der Nennung von Psychotherapeuten im Zusammenhang mit der Verordnung von Soziotherapie)

Artikel 5 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 wird gestrichen.
2. Die Nummern 2 bis 16 werden die Nummern 1 bis 15.

### Begründung:

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

## Änderungsantrag 17

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 5 Nummer 2 (§ 39 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) (Streichung des Erfordernisses akuter Krankheitsphasen für die stationsäquivalente Behandlung)

In Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe b werden in Satz 4 die Wörter „während akuter Krankheitsphasen“ gestrichen.

### Begründung:

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

**Austauschänderungsantrag 1 – neu –**

**(ersetzt Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 18(14)0196.1neu vom 20. September 2016)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 5 Nummer 2a (§ 65d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Förderung besonderer  
Therapieeinrichtungen)

Nach Artikel 5 Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

.2a. Nach § 65c wird folgender § 65d eingefügt:

„§ 65d

Förderung besonderer Therapieeinrichtungen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert ab 1. Januar 2017 mit insgesamt fünf Millionen Euro je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben Leistungserbringer, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln. Förderungsfähig sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die ein freiwilliges Therapieangebot vorhalten und die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen als förderungsfähig anerkannt werden. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen der Modellvorhaben gilt § 63 Absatz 3 Satz 1 und 4, Absatz 3a und 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anonymität der Patienten zu gewährleisten ist. Die Anonymität darf nur eingeschränkt werden, soweit die Patienten dazu ihre Einwilligung erteilen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Ziel dieser wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung ist die Erreichung möglichst hochwertiger Evidenz zur Wirksamkeit der Therapieangebote nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der pädophilen Sexualstörungen.

(3) Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung nach Absatz 2 ist zu veröffentlichen. Die Sachverständigen dürfen nicht für Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder deren Verbände tätig oder als Leistungserbringer oder deren Angestellte am Modellvorhaben beteiligt sein.

(4) Die Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 erfolgt durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten. Das Nähere zur Umlage und zur Vergabe der Fördermittel bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. An Modellvorhaben nach Absatz 1 und ihrer Finanzierung können sich über die Fördersumme nach Absatz 1 Satz 1 hinaus weitere Einrichtungen beteiligen, insbesondere private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung sowie öffentliche Stellen. Das Verfahren nach § 64 Absatz 3 ist nicht anzuwenden.“ ‘

#### Begründung:

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

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

Nach nationalen und internationalen Standards handelt es sich bei der Pädophilie um eine Variante der Sexualpräferenz, die sich sehr häufig als krankheitswertig darstellt, z. B. durch den individuellen Leidensdruck, durch Schwierigkeiten der Trieb- und Impulskontrolle oder durch anderweitige komorbide psychische Störungen. Dementsprechend gibt es bereits vereinzelt spezialisierte Therapieangebote, an die sich Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen, wenden können. Dort sollen sie lernen, mit ihren Neigungen so umzugehen und sie so zu kanalisieren, dass sie sie nicht

ausleben, sondern sicher kontrollieren. Kern der therapeutischen Intervention sind Beratung, kognitiv-verhaltenstherapeutische und sexualmedizinische Ansätze, zum Teil auch mit einer begleitenden, den Sexualtrieb dämpfenden medikamentösen Therapie.

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

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

#### Zu Absatz 1

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

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

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

#### Zu Absatz 2

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

#### Zu Absatz 3

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

#### Zu Absatz 4

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

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

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

Es wird vorgegeben, dass Bereinigungen nach § 64 Absatz 3, die bei Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 und § 64a durchzuführen sind, bei Modellvorhaben nach § 65d nicht durchgeführt werden. Der Aufwand für die Durchführung der Bereinigungen wäre voraussichtlich größer als der festgelegte Förderbetrag bzw. das potenzielle Bereinigungsvolumen je Krankenkasse.

## Änderungsantrag 19

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Streichung der Übermittlungspflicht  
für die Bedarfsplanung)

Artikel 5 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 3 wird gestrichen.
2. Die Nummern 4 bis 16 werden die Nummern 3 bis 15.

#### Begründung:

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

## **Änderungsantrag 20**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Bettenreduzierung bei stations-  
äquivalenter Behandlung)

Artikel 5 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 4 wird gestrichen.
2. Die Nummern 5 bis 16 werden die Nummern 4 bis 15.

#### Begründung:

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

## **Änderungsantrag 21**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

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

(Folgeänderungen zu den  
Änderungen bei der  
stationsäquivalenten Behandlung)

In Artikel 5 Nummer 5 wird § 115d wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „in akuten Krankheitsphasen“ gestrichen.
2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - a) In Nummer 3 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.
  - b) Nummer 4 wird gestrichen.

#### Begründung:

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2 Buchstaben a und b

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

## **Änderungsantrag 22**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

### Zu Artikel 5 Nummer 6 (§ 118 Absatz 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Überweisung in  
psychosomatische Instituts-  
ambulanzen)

Artikel 5 Nummer 6 wird wie folgt geändert:

In § 118 Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Psychotherapie“ die Wörter „oder durch Ärzte mit äquivalenter Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung“ eingefügt.

#### Begründung:

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

## Änderungsantrag 23

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 5 Nummer 6a – neu – (§ 132b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Streitschlichtungsmechanismus bei der Versorgung mit Soziotherapie)

Nach Artikel 5 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

6a. § 132b wird wie folgt geändert:

- a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertrags-schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

### Begründung:

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

tungen der ambulanten Psychotherapie erfolgt in den Ländern jedoch sehr unterschiedlich, in vielen Ländern nur unzureichend.

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

## Änderungsantrag 24

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 5 Nummer 8 (§ 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Übergangs- und Ausnahmeregelungen zu den Mindestvorgaben zur Personalausstattung)

Artikel 5 Nummer 8 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu bestimmt er insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt zu den Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in die Entscheidung einzubeziehen.“

2. In Buchstabe b wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

3. In Buchstabe c wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.

4. In Buchstabe d wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

Begründung:

Zu Nummer 1

Die Sätze 1 bis 3 entsprechen dem Gesetzentwurf.

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

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

Zu den Nummern 2 bis 4

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

## Änderungsantrag 25

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 5 Nummer 9 (§ 136c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Fristverlängerung für den Beschluss über ein gestuftes System von Notfallstrukturen bis Ende 2017)

Artikel 5 Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

9. § 136c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Landesbehörden“ die Wörter „sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ eingefügt und wird nach dem Wort „einrichtungübergreifenden“ das Wort „stationären“ gestrichen.

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „einrichtungübergreifenden“ das Wort „stationären“ gestrichen.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durch und berücksichtigt deren Ergebnisse.“

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Änderungen entsprechen dem Gesetzentwurf.

## Zu Buchstabe b

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

## **Änderungsantrag 26**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 5 Nummer 15 (§ 295 Absatz 1b Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung des § 101 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 5 Nummer 15 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In § 295 Absatz 1b Satz 4 erster Halbsatz werden nach der Angabe „Satz 3“ die Wörter „und nach § 101 Absatz 1 Satz 10“ gestrichen.

### Begründung:

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

## Änderungsantrag 27

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 6b – neu – (§ 142a des Arzneimittelgesetzes)

(Änderung des Arzneimittelgesetzes,  
Übergangsvorschrift)

Nach Artikel 6a wird folgender Artikel 6b eingefügt:

### „Artikel 6b Änderung des Arzneimittelgesetzes

Dem § 142a des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 11 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Verpflichtung zur Kennzeichnung hämatopoetischer Stammzellzubereitungen aus dem peripheren Blut oder aus dem Nabelschnurblut mit dem Einheitlichen Europäischen Code mit der Abkürzung „SEC“ nach § 10 Absatz 8a Satz 3 und die Verpflichtung zur Kennzeichnung von Gewebezubereitungen mit dem Einheitlichen Europäischen Code mit der Abkürzung „SEC“ nach § 10 Absatz 8b Satz 1 sind ab dem 29. April 2017 zu erfüllen.“

#### Begründung:

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

## Änderungsantrag 28

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

### Zu Artikel 6c – neu – (§ 43 der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung)

(Änderung der Arzneimittel- und  
Wirkstoffherstellungsverordnung,  
Übergangsvorschrift)

Nach Artikel 6b wird folgender Artikel 6c eingefügt:

#### „Artikel 6c

#### Änderung der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung

§ 43 der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung vom 3. November 2006 (BGBl. I S. 2523), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 28. Oktober 2014 (BGBl. I S. 1655) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:  
„(2) § 31 Absatz 8a Satz 2 und Abschnitt 5b sind ab dem 29. April 2017 anzuwenden.“

#### Begründung:

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

**Austauschänderungsantrag 4 – neu –**

(ersetzt Änderungsantrag 4 auf Ausschussdrucksache 18(14)0196.4 vom 20. September 2016)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/9528

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

(Neufassung Inkrafttreten)

Artikel 7 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 7  
Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Januar 2017 in Kraft.
- (2) Artikel 5 Nummer 12a und Artikel 6a treten mit Wirkung vom 1. August 2014 in Kraft.
- (3) Artikel 3 tritt mit Wirkung vom ... [einsetzen: Tag des Kabinettsbeschlusses] in Kraft.
- (4) Artikel 4 Nummer 0a, Nummer 2 Buchstabe c und Artikel 5 Nummer 9 Buchstabe b treten mit Wirkung vom ... [einsetzen: Tag der 3. Lesung des Deutschen Bundestages] in Kraft.“

Begründung:

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

Die Änderungen des § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und des § 31 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sollen am gleichen Tag in Kraft treten wie die Änderungen dieser Vorschriften durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz. Zur Vereinbarkeit des rückwirkenden Inkrafttretens mit dem verfassungsrechtlichen Rückwirkungsverbot wird auf die Ausführungen in der Begründung zu Artikel 5 Nummer 12a (Änderung des § 269 SGB V) verwiesen.

#### Zu Absatz 3

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

#### Zu Absatz 4

Der neue Absatz 4 regelt, dass Artikel 4 Nummer 0a, Nummer 2 Buchstabe c und Artikel 5 Nummer 9 Buchstabe b rückwirkend am Tag der 3. Lesung des Deutschen Bundestages in Kraft treten.

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

Mit der in Artikel 5 Nummer 9 Buchstabe b vorgesehenen Änderung des § 136c Absatz 4 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, vor seinem Beschluss über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern eine Folgenabschätzung durchzuführen. Wegen des hierfür entstehenden Zeitbedarfs, wird zugleich die bislang vorgesehene Frist für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (derzeit: 31. Dezember 2016) um ein Jahr verlängert. Dementsprechend muss die Regelung vor dem Jahresende 2016 in Kraft treten.