

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 1 Nummer 6a neu (§ 58f AMG)

(Nutzung von Daten aus dem Vollzug für
die Evaluierung 16. AMG Novelle)

Nach Artikel 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a. § 58f Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Abweichend von Satz 1 darf die zuständige Behörde, soweit

1. sie Grund zu der Annahme hat, dass ein Verstoß gegen das Lebensmittel- und Futtermittelrecht, das Tierschutzrecht oder das Tierseuchenrecht vorliegt, die Daten nach den §§ 58a bis 58d an die für die Verfolgung von Verstößen zuständigen Behörden übermitteln, soweit diese Daten für die Verfolgung des Verstoßes erforderlich sind,
2. die Daten nach den §§ 58a bis 58d für die Evaluierung nach § 58g erforderlich sind, diese Daten in anonymisierter Form nach Maßgabe des Satzes 3 über die zuständige oberste Landesbehörde an das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft übermitteln.

Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft gibt im Bundesanzeiger die Art der für den Zweck der Evaluierung zu übermittelnden Daten und den Zeitpunkt der Übermittlung bekannt. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und die zuständigen obersten Landesbehörden dürfen die ihnen nach Satz 2 Nummer 2 übermittelten Daten ausschließlich für den Zweck der Evaluierung nach § 58g verarbeiten und nutzen. Die nach Satz 2 Nummer 2 übermittelten Daten sind mit Abschluss der Wahlperiode des Deutschen Bundestages, in der diesem der Bericht nach § 58g übermittelt worden ist, zu löschen, soweit die Daten nicht in den Bericht aufgenommen worden sind.“ ‘

Begründung:

Zu Artikel 1 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Zu Nummer 6 (§ 58f)

Die Regelung in Satz 2 Nummer 1 entspricht der bisherigen Regelung in § 58f Satz 2 des Arzneimittelgesetzes (AMG). Die neuen Regelungen in Satz 2 Nummer 2 und Satz 3 bis 5 verfolgen das Ziel, Daten aus dem Vollzug, die Aufschluss über die Wirksamkeit der nach den §§ 58a bis 58d AMG getroffenen Maßnahmen liefern können, für die Zwecke der Evaluierung nach § 58g AMG verfügbar zu machen.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 8 Nummer 1 bis 3 (§§ 65c, 87, 94 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Klagen gegen Beanstandungen von Beschlüssen des Bewertungsausschusses und Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Artikel 8 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 8

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 65c Absatz 4 Satz 7 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

2. Dem § 87 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 2a Satz 14 und Absatz 6 haben keine aufschiebende Wirkung.“

3. Dem § 94 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 1 haben keine aufschiebende Wirkung.“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 1

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2

Mit dem neuen § 87 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird geregelt, dass Klagen gegen Aufsichtsmaßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nach § 87 Absatz 6 SGB V keine aufschiebende Wirkung haben. Dies gilt ebenso für Maßnahmen nach § 87 Absatz 2a Satz 14 SGB V, für die § 87 Absatz 6 SGB V gilt.

§ 87 Absatz 6 SGB V regelt die aufsichtsrechtlichen Befugnisse des BMG gegenüber den Bewertungsausschüssen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen und dem jeweiligen erweiterten Bewertungsausschuss bzw. dem Bewertungsausschuss nach Absatz 5a (Bewertungsausschüsse). Das BMG kann danach insbesondere Beschlüsse der Bewertungsausschüsse beanstanden (§ 87 Absatz 6 Satz 2 SGB V), die Nichtbeanstandung eines Beschlusses mit einer Auflage verbinden (§ 87 Absatz 6 Satz 3 SGB V) sowie Vereinbarungen selbst festsetzen, wenn entsprechende Beschlüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom BMG gesetzten Frist zustande kommen oder die Beanstandungen des BMG nicht innerhalb einer vom BMG gesetzten Frist behoben werden (§ 87 Absatz 6 Satz 4 SGB V).

Eine aufsichtsrechtliche Beanstandung stellt ein Wirksamkeitshindernis für den jeweils beanstandeten Beschluss dar und hindert somit die Rechtswirkung der Beschlussentscheidung (Suspensiveffekt). Dies folgt bereits aus dem Sinn und Zweck des präventiven Aufsichtsrechts gegenüber Beschlüssen der Bewertungsausschüsse.

Würde man bei einer Klageerhebung z. B. gegen eine Beanstandung von einer aufschiebenden Wirkung hinsichtlich des Verwaltungsaktes ausgehen und eine „vorläufige Wirksamkeit“ des eigentlich suspendierten Beschlusses annehmen, würde das Aufsichtsmittel der Beanstandung insgesamt seine Wirkung verlieren. Der Sinn und Zweck des Aufsichtsmittels „Beanstandung“, nämlich das Inkrafttreten eines als rechtswidrig beanstandeten Beschlusses zu verhindern, würde entfallen.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Parallelregelung zum neuen § 87 Absatz 7 SGB V. Wegen des in wesentlichen Bereichen gleichen Wortlauts des § 87 Absatz 6 SGB V und des § 94 Absatz 1 SGB V bedarf es auch im Verhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entsprechender ausdrücklicher Regelungen wie im Verhältnis zu den Bewertungsausschüssen, um

auch systematisch klarzustellen, dass der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen Aufsichtsmaßnahmen auch im Bereich der Aufsicht über die Richtlinienbeschlüsse des G-BA gilt.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 8 Nummer 1 bis 4 (§§ 35, 65c, 127, 302 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Korrektur Verweisfehler)

Artikel 8 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 8

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 35 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1b Satz 1 wird die Angabe „Satz 5 2. Halbsatz“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.
 - b) In Absatz 7 Satz 4 wird die Angabe „bis 5“ durch die Angabe „bis 6“ und die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.
2. In § 65c Absatz 4 Satz 7 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
3. § 127 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.
 - b) In Absatz 4a Satz 1 wird die Angabe „und 4“ durch die Angabe „und 5“ ersetzt.
4. In § 302 Absatz 1 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt. ‘

Begründung:

Zu Nummer 1

Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers (Querverweis in § 35 Absatz 1b und 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf § 35 Absatz 1 Satz 6 SGB V) und eines bereits länger bestehenden Verweisfehlers in § 35 Absatz 7 SGB V.

Zu Nummer 2

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 3

Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers (Querverweis in § 127 SGB V auf § 33 Absatz 1 SGB V).

Zu Nummer 4

Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers (Querverweis in § 302 SGB V auf § 33 Absatz 1 SGB V).

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 8 Nummer 1 bis 4 (§§ 65c, 136c, 137, 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Planungsrelevante Qualitätsindikatoren; Stichprobenprüfungen der Qualitätssicherungsdokumentation von Krankenhäusern durch den MDK; Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den MDK)

Artikel 8 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 8

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 65c Absatz 4 Satz 7 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

2. Nach § 136c Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Maßstäbe und Kriterien müssen eine Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern insbesondere im Hinblick darauf ermöglichen, ob eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität im Sinne von § 8 Absatz 1a Satz 1 und Absatz 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 vorliegt.“

3. In § 137 Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder als Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten erforderlich sind“ eingefügt.

4. Dem § 275a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 gilt nicht für Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten nach § 137 Absatz 3 Satz 1.“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 1

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2

Mit der Ergänzung wird der gesetzliche Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren konkretisiert. Es wird klargestellt, dass die Maßstäbe und Kriterien, die der G-BA den Ländern für die Krankenhausplanung zusammen mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu übermitteln hat, die Feststellung erlauben müssen, ob in erheblichem Maß unzureichende Qualitätsergebnisse vorliegen. Hierdurch erhalten die Länder eine fundierte fachliche Grundlage, auf die sie die Planungsentscheidungen nach § 8 Absatz 1a und 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) stützen können, sofern sie die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht gemäß § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt haben. Auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen benötigen die stärker differenzierten Bewertungsmaßstäbe und -kriterien für ihre Entscheidungen zum Abschluss oder zur Kündigung von Versorgungsverträgen nach § 109 Absatz 3 SGB V.

Bei den Beratungen im G-BA zur Erstfassung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und 2 SGB V (Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – plan. QI-RL) sowie zum Beschluss der Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren (Beschlüsse vom 15. Dezember 2016) wurde auch die konkrete Umsetzung des Gesetzgebungsauftrags und seine Reichweite eingehend beraten. Insbesondere wurde diskutiert, ob stärker differenzierte Bewertungsmaßstäbe und -kriterien nach geltendem Recht möglich und erforderlich sind. Um die sachgerechte Umsetzung der Festlegungen der plan. QI-RL zu unterstützen, wird mit der vorliegend vorgesehenen Ergänzung verdeutlicht, dass es zur vollständigen Umsetzung des gesetzlichen Auftrags stärker differenzierter Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse bedarf. Die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern, die der G-BA den Ländern zur Verfügung zu stellen hat, müssen die Länder, wie es nach dem Willen des Gesetzgebers mit dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I. S. 2229) bezweckt ist, in die Lage versetzen, qualitätsorientierte Planungsentscheidungen zu treffen. Nach der Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz bedarf es hierzu jedenfalls einer Differenzierung, um mindestens beurteilen zu können, ob ein Krankenhaus in

einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung eine im Vergleich mit anderen Häusern gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist (vgl. BT-Drs. 18/5372 S. 90). Den Ländern obliegt im Rahmen ihrer Planungshoheit aber insbesondere die abschließende planungsrechtliche Entscheidung, ob ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen bzw. nicht in diesen aufgenommen wird, weil es nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist (vgl. § 8 Absatz 1a Satz 1 und Absatz 1b KHG). In der Gesamtschau der Regelungen nach § 136c Absatz 1 und 2 SGB V sowie § 6 Absatz 1a und § 8 Absatz 1a und 1b KHG müssen die Kriterien und Maßstäbe, die vom G-BA zur Verfügung gestellt werden, es den Ländern deshalb gleichfalls ermöglichen, die in erheblichem Maße unzureichende Qualität auf einer fachlich fundierten Grundlage festzustellen. Die Planungshoheit der Länder bleibt auch bei Zulieferung von konkreten Maßstäben und Kriterien für die in erheblichem Maße unzureichende Qualität bereits dadurch gewahrt, dass die Länder nach § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken sowie weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen können.

Zu Nummer 3

Die Ergänzung macht deutlich, dass der G-BA bei seinen Vorgaben für Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach § 275a SGB V auch notwendige Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten vorsehen kann. Gegenstand von Aufträgen für Kontrollen durch den MDK kann nach § 275a Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 SGB V auch die Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung sein. Gleichzeitig gibt die gesetzliche Regelungsermächtigung in § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V dem G-BA vor, dass Qualitätskontrollen durch Anhaltspunkte begründet sein müssen. Dieses Erfordernis von Anhaltspunkten soll grundlose Kontrollen des MDK ausschließen. Unter Beibehaltung dieses Grundsatzes wird mit der vorliegenden Ergänzung nunmehr ausdrücklich vorgesehen, dass auch für Stichprobenprüfungen bei statistisch unauffälligen Krankenhäusern – wie sie der G-BA z. B. in der plan. QI-RL geregelt hat – die Einbeziehung des MDK zulässig ist. Bereits in der Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz ist ausgeführt, dass auch ausnahmslos gute Ergebnisse bei der externen Qualitätssicherung vom G-BA als Anhaltspunkt für Kontrollen des MDK festgelegt werden können (vgl. BT-Drs. 18/5372, S. 94).

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung des § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V. Diese Ergänzung macht deutlich, dass der G-BA in Krankenhäusern auch Kontrollen durch den MDK vorsehen kann, die im Rahmen von Stichprobenprüfungen zur Validierung der

Qualitätssicherungsdaten erforderlich sind. Da bei Stichprobenprüfungen die einzubeziehenden Krankenhäuser zufällig ausgewählt werden, kann in diesen Fällen der Vorgabe des § 275a Absatz 2 Satz 2 SGB V nicht entsprochen werden, nach der der Auftrag zur Kontrolle durch den MDK in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen muss, die Auslöser für die Kontrolle sind. Die Folgeänderung schließt deshalb die Geltung der Vorgabe des § 275a Absatz 2 Satz 2 SGB V für die Fälle aus, in denen Kontrollen durch den MDK zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten im Rahmen von Stichprobenprüfungen erfolgen. Für die Stichprobenprüfungen gilt nach § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V die Voraussetzung der Erforderlichkeit; das heißt, sie müssen zur Datenvalidierung notwendig sein und ihr Umfang muss nach wissenschaftlichen Kriterien bestimmt werden.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezube-
reitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 8 (§ 188 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Obligatorische Anschlussversicherung
für ausländische Saisonarbeitnehmer)

Artikel 8 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 8 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Ge-
setzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 6 des Ge-
setzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) geändert worden ist, wird wie folgt geän-
dert:

1. *[bisheriger Gesetzestext]*
2. § 188 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bei Saisonarbeitnehmern, deren Versicherungspflicht mit der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit endet, setzt sich die Versicherung nur dann nach Satz 1 fort, wenn diese Personen innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen. Ein Saisonarbeitnehmer nach Satz 4 ist ein Arbeitnehmer, der vorübergehend für eine versicherungspflichtige auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung in die Bundesrepublik Deutschland gekommen ist, um mit seiner Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. Der Arbeitgeber hat den Saisonarbeitnehmer nach

Satz 4 im Meldeverfahren nach § 28a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gesondert zu kennzeichnen. Die Krankenkasse hat den Saisonarbeitnehmer nach Satz 4, nachdem der Arbeitgeber der Krankenkasse den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf das Beitrittsrecht und seine Nachweispflicht nach Satz 4 hinzuweisen.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2

§ 188 Absatz 4 SGB V wird um eine Sonderregelung für Personen ergänzt, die als Saisonarbeitnehmer vorübergehend für eine auf bis zu 8 Monate befristete sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Deutschland gekommen sind, um mit ihrer Tätigkeit einen besonderen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken (Saisonarbeitnehmer).

Für sie wird die obligatorische Anschlussversicherung künftig nur noch dann durchgeführt, wenn sie innerhalb von 3 Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ihren Beitritt als freiwilliges Mitglied gegenüber der bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen. Die 3 Monats-Frist entspricht der bestehenden Beitrittsfrist zur freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 2 SGB V. Der Nachweis des Wohnsitzes oder ständigen Aufenthalts in Deutschland ermöglicht der Krankenkasse die eindeutige Feststellung der Anwendbarkeit des deutschen Krankenversicherungsrechts. Der Nachweis kann zum Beispiel durch eine aktuelle Meldebescheinigung der zuständigen Meldebehörde erfolgen. Insofern wird auch klargestellt, dass die Anschlussversicherung gerade nicht für Saisonarbeitnehmer durchzuführen ist, die ihren Wohnsitz im Ausland beibehalten haben.

Die Krankenkasse hat den Saisonarbeitnehmer nach Satz 7, nachdem der Arbeitgeber den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf sein Beitrittsrecht, das ihm nach dem Ende seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung zusteht sowie auf seine Nachweispflicht nach Satz 4 hinzuweisen. Dadurch wird gewährleistet, dass der Hinweis den Saisonarbeitnehmer bereits zu einem Zeitpunkt erreicht, zu dem sich der Saisonarbeitnehmer wegen seiner Beschäftigung in Deutschland befindet und für die Krankenkasse erreichbar ist.

Damit die Krankenkasse das Mitglied als „Saisonarbeitnehmer“ identifizieren kann, erfolgt eine gesonderte elektronische Kennzeichnung des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber im Rahmen des elektronischen Arbeitgebermeldeverfahrens nach § 28a SGB IV.

Diese Rechtsänderung trägt dem Umstand Rechnung, dass bei diesen Saisonarbeitnehmern grundsätzlich davon auszugehen ist, dass sie nach Beendigung ihrer Tätigkeit wieder an ihren bisherigen Wohnsitz im Ausland zurückkehren. Für sie wäre in diesem (Regel-)Fall somit bereits nach bestehender Rechtslage keine obligatorische Anschlussversicherung durchzuführen, weil sie sich nicht mehr im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts aufhalten (§§ 30 SGB I, 3 SGB IV). Bislang war es den Krankenkassen nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnis kaum oder nur mit erheblichem Verwaltungsaufwand möglich, den tatsächlichen Verbleib des ausgeschiedenen Saisonarbeitnehmers zu ermitteln. Lagen den Krankenkassen, trotz erfolgter Ermittlungsbemühungen zum Beispiel durch Anschreiben an die bisherige Wohnanschrift keine Erkenntnisse darüber vor, dass die ehemaligen Saisonarbeitnehmer nicht mehr dem deutschen Sozialversicherungsrecht unterliegen, konnte die Regelung in Absatz 4 Satz 1 zu einer Fortsetzung der Versicherungsverhältnisse führen, obwohl in diesen Fällen eine obligatorische Anschlussversicherung mangels Anwendbarkeit deutscher Rechtsvorschriften gar nicht hätte begründet werden dürfen. Die Krankenkassen konnten in diesen Fällen Versicherungszeiten für den Risikostrukturausgleich melden und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, ohne dass den Zuweisungen mögliche Leistungsausgaben gegenüberstanden.

Für den Fall, dass der Betroffene sich erst nach Fristablauf doch noch bei der Krankenkasse meldet, sei es, weil er ohne Beschäftigung wieder nach Deutschland zurückgekehrt ist oder weil er dort verblieben ist, sich aber zu spät gemeldet hat, kann unter den Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 i. V. m. Absatz 11 SGB V eine (nachrangige) Pflichtversicherung in der GKV begründet werden. Auch in diesem Fall ist also wie im bisherigen rechtlichen Rahmen ein lückenloser Versicherungsschutz gewährleistet.

Aus den genannten Erwägungen ist es daher gerechtfertigt, für die Gruppe der Saisonarbeitnehmer das gesetzliche Regel-Ausnahme-Verhältnis umzukehren und die Anschlussversicherung nur dann fortzuführen, wenn (ausnahmsweise) eine ausdrückliche Beitrittserklärung des Mitglieds und ein Nachweis des Wohnsitzes oder des ständigen Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt.

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 8 Nummer 1 und 2 (§§ 65c, 220 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Ausnahme vom Darlehensaufnahmeverbot für Eigeneinrichtungen)

Artikel 8 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 8

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 65c Absatz 4 Satz 7 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
2. Dem § 220 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Aufsichtsbehörde kann im Einzelfall Darlehensaufnahmen bei Kreditinstituten zur Finanzierung des Erwerbs von Grundstücken für Eigeneinrichtungen nach § 140 sowie der Errichtung, der Erweiterung oder des Umbaus von Gebäuden für Eigeneinrichtungen nach § 140 genehmigen.“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 1

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2

Die beitragszentrierte Finanzierungsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung folgt dem Grundsatz der Eigenfinanzierung. Die Krankenkassen haben ihre Beiträge so zu bemessen, dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen ausreichen, um die gesetzlichen Ausgaben und die Auffüllung der Rücklagen zu decken. Daher sind Darlehensaufnahmen grundsätzlich unzulässig. Ausnahmen hiervon bedürfen besonderer Legitimationsgründe, damit der Grundsatz der Eigenfinanzierung nicht unterlaufen wird.

Um den Krankenkassen einen sinnvollen Betrieb von bestandsgeschützten Eigeneinrichtungen im Rahmen der in § 140 Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geäußerten Intention des Gesetzgebers auch weiterhin zu ermöglichen und um diesen Einrichtungen die gleichen Wettbewerbsbedingungen zu ermöglichen wie solchen Einrichtungen, die keine Eigeneinrichtungen von Krankenkassen sind, bedarf es einer Regelung, die es den Eigeneinrichtungen nach § 140 SGB V im Einzelfall mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde ermöglicht, zulässige und erforderliche Immobilienmaßnahmen auch über Bankdarlehen finanzieren zu können. Im Fall von Krankenhäusern betrifft dies solche Immobilienmaßnahmen, die über Fallpauschalen oder über Förderbeträge nach den jeweiligen Landesfördergesetzen zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen gefördert werden. Der Gesetzgeber hat den besonderen Finanzbedarf der Krankenhäuser erkannt und in § 12 Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Möglichkeit geschaffen, die Förderpauschalen der Länder auch für Tilgungen der Kredite einzusetzen. Wegen der vorrangigen Regelung in § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB V wäre dieser Weg den Eigeneinrichtungen verwehrt. In der Konsequenz wären Schließungen oder Veräußerungen der Eigeneinrichtungen nicht auszuschließen. Dies widerspräche der in § 140 SGB V ausdrücklich geäußerten Intention des Gesetzgebers, den Betrieb von Eigeneinrichtungen in gewissen Grenzen weiter zu ermöglichen. Diese Intention gilt grundsätzlich für alle Eigeneinrichtungen nach § 140 SGB V. Für Eigeneinrichtungen ist daher eine Ausnahme von dem grundsätzlichen Darlehensaufnahmeverbot sachgerecht.

Die Aufsichtsbehörden haben im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu prüfen, ob die Darlehensaufnahme den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entspricht. Dabei hat die Aufsichtsbehörde die Risiken einer Darlehensaufnahme auch für den Haushalt des Trägers insgesamt zu bewerten und die Fähigkeit der Krankenkasse oder ihrer Eigeneinrichtung zur Tilgung und Zinszahlung zu prüfen. Die Aufsichtsbehörde kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse bzw. ihrer Eigeneinrichtung hierfür Bestätigungen eines Wirtschaftsprüfers oder einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft verlangen. Darlehensverträge, die ohne Genehmigung geschlossen werden, sind schwebend unwirksam. Lehnt die Aufsichtsbehörde die Genehmigung ab, wird der Darlehensvertrag endgültig unwirksam. Es werden durch den Vertragsschluss keine Verpflichtungen für die Krankenkasse begründet.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 9 Nummer 3a (§ 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Einführung einer
Frist für das Vergabeverfahren;
Zeitplan und Informationspflicht)

Nach Artikel 9 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

3a. § 113 Absatz 1b wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Das Vergabeverfahren ist spätestens bis zum 15. November 2017 einzuleiten und es ist sicherzustellen, dass ein Zuschlag unter Beachtung der vergaberechtlichen Vorgaben zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgt.“

- b) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 4 zu geben. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. November 2017 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 4 vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. § 113b Absatz 8 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“ ‘

Begründung:

Zu Buchstabe a

Gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 haben die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution zu beauftragen, die entsprechend den Festlegungen nach § 113 Absatz 1a erhobenen Daten zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von § 113 Absatz 1a auszuwerten. Die Einleitung des Vergabeverfahrens wird nunmehr mit einer Frist versehen und den Vertragsparteien wird auferlegt, den Zuschlag unter Beachtung der vergaberechtlichen Vorgaben zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erteilen.

Das Vergabeverfahren ist spätestens bis zum 15. November 2017 einzuleiten. Inhaltlich besteht ein enger Zusammenhang mit dem nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2 vergebenen Auftrag zur Entwicklung der Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege sowie zur Entwicklung eines bundesweiten Datenerhebungsinstruments und von bundesweiten Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten. Nach dem zwischen den Vertragsparteien nach § 113 als Auftraggeber und dem Auftragnehmer gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2 vertraglich festgelegten Ablauf der wissenschaftlichen Entwicklung sind bis Mitte Oktober 2017 die einschlägigen Empfehlungen, die die Grundlage der späteren informationstechnischen Umsetzung der entwickelten Erhebungsinstrumente und Datenflüsse bilden, vorzulegen. Mit diesen Projektergebnissen liegen maßgebliche Vorarbeiten für das Vergabeverfahren nach § 113 Absatz 1b vor, in dessen Rahmen eine fachlich unabhängige Institution mit der Datenzusammenführung und Datenauswertung beauftragt werden soll. Damit ist die Fristsetzung gerechtfertigt.

Zu Buchstabe b

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz vom 23. Dezember 2016 wurden in § 113b Absatz 8 für die mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach § 113b Absatz 1 Satz 2 und Aufträge nach § 113b Absatz 4 der Vertragsparteien nach § 113 Regelungen verankert, um die zügige Einführung des neuen Qualitätsmessungs- und Qualitätsdarstellungsverfahrens zu unterstützen und transparent zu gestalten. Eine entsprechende Regelung wird nun auch für die Aufgaben der Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 gemäß § 113 Absatz 1b (Ausschreibung und Auftragsvergabe an eine fachlich unabhängige Institution sowie Vereinbarung über Verfahren zur Datenweiterleitung) eingeführt. Die Vertragsparteien werden ver-

pflichtet, bis zum 30. November 2017 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung der Aufgaben vorzulegen und auf Verlangen Auskunft über deren Stand zu geben. § 113b Absatz 8 Satz 3 bis 5 (Genehmigung des Zeitplans; Informationspflicht bei Abweichung vom Zeitplan; Möglichkeit der Ersatzvornahme bei Nichteinhaltung des Zeitplans) ist dabei entsprechend anzuwenden.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezube-
reitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 9 Nummer 3b (§ 113b des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Klarstellung zur
Rolle des Qualitäts-
ausschusses im
Entscheidungsver-
fahren der Pflege-
Selbstverwaltung)

Nach Artikel 9 Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:

„3b. § 113b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung“ gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:
„Die Vertragsparteien nach § 113 treffen auch die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten nach den Absätzen 4 und 8 notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „eine Vereinbarung, ein Beschluss oder eine Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 und 3“ ersetzt.

bb) In Satz 8 werden die Wörter „einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne von § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, von den §§ 113, 113a und 115 Absatz 1a“ durch die Wörter „einer vertraglichen Vereinbarung, Beschlussfassung

oder Entscheidung im Sinne der Absätze 4 und 8, des § 37 Absatz 5, der §§ 113, 113a und 115 Absatz 1a und 1c“ ersetzt.

c) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „durch den Qualitätsausschuss“ gestrichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Der Hinweis auf die „ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung“ des § 37 Absatz 5 kann aufgrund des Zeitablaufs entfallen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Anfügung des neuen Satz 3 wird eindeutig geregelt, dass alle Entscheidungen der Vertragsparteien nach § 113 im Bereich der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung durch den Qualitätsausschuss getroffen werden. Damit wird noch deutlicher, dass die Vertragsparteien auch die in Absatz 4 geregelten Entscheidungen – Beauftragung von fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen im Bereich der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung – durch den Qualitätsausschuss treffen. Der Qualitätsausschuss ist das alleinige Entscheidungsfindungsorgan der Vertragsparteien. Die Vertragsparteien haben alle Aufgaben durch dieses Gremium zu erledigen, auch die in Absatz 8 geregelten Informations-, Berichts- und Vorlagepflichten.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Der erweiterte Qualitätsausschuss ist wesentlicher Bestandteil des Entscheidungsverfahrens im Bereich der Pflegequalität. Im neuen Absatz 1 Satz 3 wird nunmehr eindeutig geregelt, dass die Entscheidungen zur Wahrnehmung der Aufgaben und Pflichten der Vertragsparteien nach den Absätzen 4 und 8 durch den Qualitätsausschuss getroffen werden. Folgerichtig regelt Absatz 3 Satz 1 nun, dass auch hinsichtlich Entscheidungen nach den Absätzen 4 und 8, die ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande kommen, der Qualitätsausschuss auf Verlangen um unparteiische Mitglieder erweitert werden kann.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der ergänzte Satz 8 stellt klar, dass die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses in Bezug auf die nach den Absätzen 4 und 8 zu treffenden Entscheidungen Wirkung erlangen. Es handelt sich um eine verfahrenslogische Folgeänderung der Ergänzung von Satz 1. Darüber hinaus wird die Aufzählung der Entscheidungsgegenstände des erweiterten Qualitätsausschusses redaktionell um die Nennung von § 115 Absatz 1c ergänzt, der mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) eingeführt und bereits als Aufgabe des Qualitätsausschusses in Absatz 1 Satz 2 aufgenommen worden war. Zugleich kann wie in Absatz 1 Satz 2 der bisher enthaltene Hinweis auf § 37 Absatz 5 „in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung“ aufgrund des Zeitablaufs entfallen.

Zu Buchstabe c

Die Wörter „durch den Qualitätsausschuss“ in Absatz 4 Satz 1 haben durch ihre Anordnung im Satzbau in der Praxis zu Missverständnissen geführt. Da durch die Ergänzung unter Buchstabe a nunmehr bereits in Absatz 1 Satz 3 eindeutig geregelt wird, dass die Vertragsparteien auch die in Absatz 4 geregelten Entscheidungen – Beauftragung von fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen im Bereich der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung – durch den Qualitätsausschuss treffen, kann in Absatz 4 Satz 1 auf die Wörter „durch den Qualitätsausschuss“ verzichtet werden.

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 9 Nummer 3c (§ 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Klarstellung bei modellhafter Vorgehensweise)

Nach Artikel 9 Nummer 3b wird folgende Nummer 3c eingefügt:

3c. § 113c Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
„Soweit bei der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens eine modellhafte Vorgehensweise erforderlich ist, kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Absatz 2 Satz 2 abgewichen werden.“
- b) Im bisherigen Satz 6 wird das Wort „Hierbei“ durch die Wörter „Bei den Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 6“ ersetzt.“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Gemäß § 113c haben die Vertragsparteien nach § 113 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen zu beauftragen. Die Regelung bezieht sich sowohl auf stationäre als auch auf ambulante Pflegeeinrichtungen. Zur Umsetzung dieses Auftrags ist u. a. der durchschnittliche Versorgungsaufwand für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung zu erheben. Da sich der zu erhebende durchschnittliche Versorgungsaufwand auf pflegerische Maßnahmen beziehen muss, die sich am neuen Verständnis von Pflege auf Grundlage des seit dem 1. Januar 2017 geltenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs orientieren, kann für einzelne Erhebungen aus

methodischen Gründen eine modellhafte Vorgehensweise angezeigt sein, bei der für die Zwecke der Erhebung von Vorgaben z. B. der Landesrahmenverträge nach § 75 abgewichen wird. Daher wird klargestellt, dass bei einer solchen modellhaften Vorgehensweise im Rahmen der Bearbeitung von Aufträgen zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen die gleichen Abweichungsmöglichkeiten wie für Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 Satz 1 gelten.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird klargestellt, dass der bisherige Satz 6 für den gesamten Absatz 1 gilt.

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezube-
reitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 9 (SGB XI) Nummer [vor 1] und 3d –neu - (§ 115)

(Vergütungskürzung bei
Personalunterdeckung
in stationärer Pflege)

[Vor 1]. In der Inhaltsübersicht wird der Angabe zu § 115 ein Komma und das Wort „Vergü-
tungskürzung“ angefügt.

3d. § 115 wird wie folgt geändert:

- a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Vergütungskürzung“ angefügt.
- b) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze eingefügt:

„(3a) Absatz 3 findet unabhängig des Vorliegens von Qualitätsmängeln An-
wendung:

1. bei einem planmäßigen und zielgerichteten Verstoß des Einrichtungsträ-
gers gegen seine Verpflichtung zur Einhaltung seiner vereinbarten perso-
nellen Ausstattung nach § 84 Absatz 5 sowie
2. bei nicht nur vorübergehenden Unterschreitungen der vereinbarten Perso-
nalausstattung.

Dabei ist im Zuge eines beschleunigten Verfahrens und unter Abweichung von
Absatz 3 das Einvernehmen über den Kürzungsbetrag unverzüglich herbeizu-
führen, und die Schiedsstelle hat in der Regel binnen drei Monaten zu ent-
scheiden; eine Klage gegen die Entscheidung hat abweichend von Absatz 3
Satz 4 keine aufschiebende Wirkung. Bei Verstößen im Sinne des Satz 1
Nummer 1 ist Absatz 2 Satz 2 und 3 entsprechend anzuwenden.

(3b) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine
einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, bis zum 31. Dezember 2017 Richtli-
nien für das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung nach Absatz 3a. Er
hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundes-
ebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesar-
beitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen
Spitzenverbände auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf
Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderli-
chen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung

Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind durch das BMG zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

Begründung:

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind jederzeit zur Sicherstellung der Versorgung der Pflegebedürftigen mit ihrer nach § 84 Absatz 5 vereinbarten personellen Ausstattung verpflichtet. Dieser vertraglich mit den Kostenträgern geeinte Bestandteil der Pflegesatzvereinbarung ist der zentrale Kern der Leistungs- und Qualitätsmerkmale für die Pflegeeinrichtung und gilt unabhängig von Personalengpässen oder -ausfällen oder Änderungen in der Belegung der Einrichtung. In die Pflegesatzvereinbarung müssen daher regelmäßig vorkommende Ausfallzeiten des Personals wie beispielsweise Urlaub, Fortbildung oder Krankheit zwingend einbezogen werden. Die Vereinbarungspartner, insbesondere die Pflegekasse und die für die Bewohner der Pflegeeinrichtung zuständigen Träger der Sozialhilfe, haben dazu nach § 84 Absatz 6 das jederzeitige Recht und auch die Verantwortung, die Einhaltung dieser Verpflichtung zu überprüfen.

Mit seinem Urteil vom 12. September 2012 (Az. B 3 P 5/11 R) hat das Bundessozialgericht hierzu ausgeführt, dass eine rückwirkende Kürzung der Pflegevergütung nach § 115 Absatz 3 grundsätzlich nur bei einer Verletzung gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtungen erfolgen kann, die zu Qualitätsmängeln bei der Pflege, und damit zu einem feststellbaren qualitativen Schaden in der Pflegeeinrichtung geführt haben. Diese werden nach dem erkennenden Gericht unwiderlegbar vermutet, wenn entweder die Pflegeeinrichtung über mehrere Monate hinweg die vereinbarte Personalausstattung um mindestens 8 Prozent unterschritten hat, als auch bei einem planmäßigen und zielgerichteten, somit also vorsätzlichen Unterschreiten der vereinbarten Personalausstattung seitens des Einrichtungsträgers. Zur Klarstellung in der Praxis wird daher die zweite Variante ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen (Absatz 3a Satz 1 Nr. 1). Solche absichtlichen, personellen Unterdeckungen sind kein Kavaliersdelikt und sind von den Beteiligten keinesfalls hinzunehmen. Daher ist zur Klarstellung auch der Verweis auf die Kündigungsmöglichkeit des Versorgungsvertrages für die Landesverbände der Pflegekassen mit aufgenommen, um einem betrügerischem Handeln seitens der Pflegeeinrichtung notfalls mit der gebotenen Schärfe entgegenzutreten.

Diesem Fehlverhalten gleichgestellt wird auch eine nicht nur vorübergehende Unterschreitung der vereinbarten Personalausstattung durch den Einrichtungsträger, die er zu verantworten hat (Absatz 3a Satz 1 Nr. 2). Der Pflegevergütung fehlt auch bei dieser Fallgestaltung

die entsprechende Gegenleistung von der Pflegeeinrichtung, was Grundlage für die Vergütungskürzung bildet.

Nach Feststellung des Vorliegens einer Unterdeckung in der Personalausstattung gemäß den landesspezifischen Vorgaben zum Nachweis nach § 84 Absatz 6 haben die Beteiligten die gesetzliche Verpflichtung, zügig die Klärung zur Höhe des Kürzungsbetrages zu erzielen. Sofern dies über die Schiedsstelle nach § 76 erfolgt, hat dies spätestens nach drei Monaten zu erfolgen. Ein besonderes Schutzbedürfnis der Pflegeeinrichtung bei einer dagegen gerichteten Klageerhebung ist regelmäßig nicht gegeben, so dass von Gesetzes wegen keine aufschiebende Wirkung vorgesehen ist.

Damit verbunden erhält der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Absatz 3b die Richtlinienkompetenz und den Auftrag, das Nähere zum Verfahren der Kürzung der Pflegevergütung in diesen Fällen bis zum 31. Dezember 2017 festzulegen, um das Vorgehen für die Beteiligten vor Ort einheitlich, praktikabel und effizient zu gestalten. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und treten erst in Kraft, wenn diese erfolgt ist und Beanstandungen in der gesetzten Frist umgesetzt sind. Die rahmenvertraglichen Regelungen zur Durchführung des länderspezifischen Personalabgleichs nach § 84 Absatz 6 sowie die Entscheidungshoheit der Schiedsstelle nach § 76 im Einzelfall bleiben hiervon unberührt.

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezube-
reitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 8 (§§ 39, 40, 293 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Entlassmanagement)

Artikel 8 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 8

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Ge-
setzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Ge-
setzes vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 39 Absatz 1a Satz 6 werden nach den Wörtern „vertragsärztliche Versorgung“ die Wörter „mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 vereinbarte alternative Kennzeichnung zu verwenden ist“ eingefügt.
2. In § 40 Absatz 2 Satz 4 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wör-
ter „bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2
sind Vertreter dieser Verbände anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausge-
sellschaft zu beteiligen“ eingefügt.
3. In § 65c Absatz 4 Satz 7 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
4. Dem § 293 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhaus-
gesellschaft führen ein bundesweites Verzeichnis aller in den nach § 108 zugelassen-
nen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte. ²Sie können einen Dritten
mit dieser Aufgabe beauftragen. ³Das Verzeichnis enthält für alle Ärzte nach Satz 1
folgende Angaben:

1. Arztnummer (unverschlüsselt),
2. Angaben des Arztes nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 bis 8,

3. Datum des Staatsexamens,
4. Datum der Approbation,
5. Datum der Promotion,
6. Datum der Facharztanerkennung und Fachgebiet,
7. Kennzeichen nach Absatz 6 des Krankenhauses, in dem der Arzt beschäftigt ist,
8. Datum des Beginns der Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus und
9. Datum des Endes der Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus.

⁴Die Arztnummer nach Satz 3 Nummer 1 folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. ⁵Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle, die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. ⁶Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft je zur Hälfte. ⁷Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Führung des Verzeichnisses beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. ⁸Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis nicht verwenden. ⁹Die Krankenhäuser und die Krankenkassen verwenden und nutzen die im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen spätestens zum

1. Januar 2019 in den gesetzlich bestimmten Fällen. ¹⁰Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbarten im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 31. Dezember 2017 das Nähere zu dem Verzeichnis, insbesondere

1. die Art und den Aufbau,
2. die Art, den Abgleich und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Kennzeichen,
3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung sowie zur Löschung von Einträgen und
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen für die Verwendung der Kennzeichen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen.

¹¹Diese Vereinbarung ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie jeweils deren Mitglieder sowie für die Leistungserbringer verbindlich. ¹²Kommt diese Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt, das hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie

der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einfacher Stimmenmehrheit entscheidet; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Mit der Regelung wird die Verwendung des Kennzeichens aus dem künftigen Verzeichnis der in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte gemäß § 293 Absatz 7 Satz 11 SGB V für das Entlassmanagement vorgeschrieben. Bis dieses Verzeichnis den Vertragspartnern zur Verfügung steht, gilt eine im Rahmenvertrag zum Entlassmanagement vereinbarte Übergangsregelung, die eine alternative Kennzeichnung zur Identifikation der handelnden Ärztinnen und Ärzte ermöglicht.

Zu Nummer 2

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde die entsprechende Geltung der Regelungen zum Krankenhaus-Entlassmanagement für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit der Maßgabe bestimmt, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a SGB V die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene (anstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft) zu beteiligen sind.

Nach dem Verweis von § 40 Absatz 2 Satz 4 SGB V auf § 39 Absatz 1a (Satz 9) SGB V gilt die Regelung des § 118a Absatz 2 Satz 2 SGB V entsprechend auch für den Bereich des Reha-Entlassmanagements. Nach dieser Vorschrift legt auf Antrag einer Vertragspartei das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 SGB V den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest, wobei das Bundesschiedsamt hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird. Die Regelung des § 118a Absatz 2 Satz 2 SGB V passt für das Reha-Entlassmanagement insoweit nicht, als das Bundesschiedsamt wegen der fachlichen Betroffenheit um Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände zu erweitern ist.

Mit der Ergänzung des § 40 Absatz 2 Satz 4 SGB V wird deshalb klargestellt, dass im Falle der Anrufung des Bundesschiedsamtes – wie bei der Rahmenvereinbarung zum Reha-Entlassmanagement – die nach § 118 Absatz 2 Satz 2 SGB V hinzuzuziehenden Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft durch Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene ersetzt werden.

Zu Nummer 3

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 4

Das geltende Recht sieht bereits ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte und ihrer Ambulanzen entsprechend einer bundeseinheitlich bestimmten Definition vor (§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes). Ergänzend wird mit dieser Neuregelung ein bundesweites Verzeichnis der in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte geschaffen. Die Krankenhäuser und die Krankenkassen verwenden und nutzen die im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen nur in den gesetzlich bestimmten Fällen. Zunächst erfolgt eine Anwendung im Bereich des Entlassmanagements (§ 39 SGB V).

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 31. Dezember 2017 das Nähere zu dem Verzeichnis. Sollte keine Vereinbarung getroffen werden, entscheidet das Bundesschiedsamt innerhalb von drei Monaten.

Die Angaben im Verzeichnis und die entsprechenden Regelungen erfolgen in Anlehnung an die Regelungen nach Absatz 4 unter Ergänzung der Besonderheiten und Notwendigkeiten im Bereich der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses tragen die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen je zur Hälfte. Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Führung des Verzeichnisses beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.

Im Falle der Beauftragung nach Satz 2 beschreibt der Auftrag das Nähere zum Verfahren. Dabei soll die das Verzeichnis führende Stelle dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Verzeichnis bis spätestens zum 31. Dezember 2018 im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung stellen. Änderungen des Verzeichnisses sind diesen in monatlichen oder kürzeren Abständen zu übermitteln

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 7a – neu (§§ 51 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

(Wählbarkeit in den Verwaltungsrat der Krankenkasse)

Nach Artikel 7 wird folgender Artikel 7a eingefügt:

„Artikel 7a

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

§ 51 Absatz 6 Nummer 5 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Buchstabe a werden nach den Wörtern „bei dem Versicherungsträger“ die Wörter „oder dessen Verbänden“ eingefügt.
2. Nach den Wörtern „beschäftigt ist“ werden die Wörter „oder während der vorangegangenen 12 Monate tätig war“ eingefügt.

Begründung:

Zur Vermeidung von Interessenkonflikten wird der bereits nach geltendem Recht für Angestellte einer Krankenkasse vorgesehenen Ausschluss der Wählbarkeit auf Mitarbeiter von Verbänden von Krankenkassen erweitert. Auch hier können in mehrfacher Hinsicht Interessenkonflikte entstehen. Dies gilt insbesondere wenn Verbände über ihre hauptamtlichen Beschäftigten Einfluss auf die Kontrollgremien der einzelnen Krankenkassen erhalten, aber auch wenn hauptamtliche Verbandsmitglieder wettbewerbsrelevante Informationen sowohl

der Krankenkasse erhalten, bei der sie ehrenamtlich tätig sind als auch der übrigen Mitgliedskassen ihres Verbandes. Die gesetzliche Änderung entspricht zudem einer Anregung des Bundeswahlbeauftragten im Schlussbericht zur Sozialwahl 2011.

Änderungsantrag 13

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel X Nummer 1 (§ 1 HIVHG)

(Anpassung des Gesetzeszwecks)

In § 1 wird hinter dem Wort „Angehörige“ das Wort „lebenslange“ eingefügt.

Begründung

Die Einfügung des Wortes „lebenslang“ stellt klar, dass die Leistungen der HIV-Stiftung zukünftig lebenslang gewährt werden.

Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel X Nummer 2 (§ 2 HIVHG)

(Neufassung Mittel für die finanzielle Hilfe)

Die Nummern 1 bis 4 werden gestrichen. Eingefügt wird der Satz „Die Mittel für die finanzielle Hilfe werden vom Bund aufgebracht“.

Begründung:

Die Finanzierung der Stiftung Humanitäre Hilfe ist nur noch bis Januar 2019 gesichert. Da es zunehmend schwieriger wird, weitere Finanzierungszusagen von den pharmazeutischen Unternehmen und dem DRK zu erhalten und auch kein Rechtsgrund besteht solche zu fordern, soll der Bund die Finanzierung zukünftig sicherstellen.

Die voraussichtlichen (Mehr-)ausgaben für den Bund werden mit anfangs 4,2 Mio. Euro pro Jahr beziffert. (Bisher waren 4,5 Mio. Euro Bundesmittel an dem jährlichen Gesamtbedarf von 8,7 Mio. Euro vorgesehen.)

Ab 2019 steigt der Betrag wegen der in Nr. F vorgesehenen Dynamisierung der Leistungen in Abhängigkeit von der Rentenentwicklung auf etwa 9 bis 10 Mio. Euro jährlich.

Die zusätzlichen Bundesmittel werden im Einzelplan 15 (Kap. 1502 Tit. 685 01) planfondserhöhend veranschlagt.

Änderungsantrag 15

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel X Nummer 3 (§ 5 HIVGH)

(redaktionelle Klarstellung der Stifter)

In § 5 Absatz 1 HIVHG wird nach dem Wort „Unternehmen“ eingefügt „Bayer AG, Immuno GmbH, Baxter Deutschland GmbH, Behringwerke AG, Armour Pharma GmbH, Alpha Therapeutic GmbH“.

Begründung:

Klarstellung welche pharmazeutischen Unternehmen zum Stifterkreis des Stiftungsvermögens gehörten.

Änderungsantrag 16

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel X Nummer 4 (§ 8 HIVHG)

(Änderung der Regelung zur
Besetzung des Stiftungsrates)

In § 8 Abs. 1 Satz 1 HIVHG wird nach den Worten „besteht aus“ das Wort neun durch das Wort sieben ersetzt. Zudem erhält Satz 3 folgende Fassung: „Zwei Mitglieder werden vom Deutschen Bundestag benannt.“

Begründung:

Da die Länder zukünftig nicht mehr in die Finanzierung der Stiftung einbezogen werden, ist es nicht mehr erforderlich, dass zwei Vertreter des Stiftungsrates vom Bundesrat benannt werden.

Änderungsantrag 17

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel X Nummer 5 (§ 14 HIVHG)

(Anpassung der Regelung
zur Aufhebung der Stiftung)

In § 14 HIVHG werden nach den Wörtern „erfüllt ist“, die Wörter „oder die Mittel für die finanzielle Hilfe erschöpft sind“ gestrichen.

Begründung:

Da die finanziellen Hilfen zukünftig lebenslang gewährt werden sollen, kommt eine Aufhebung der Stiftung aus dem Grund, dass die Mittel für die finanzielle Hilfe erschöpft sind, nicht mehr in Betracht.

Änderungsantrag 18

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel X Nummer 6 (§ 16 HIVHG)

(Erweiterung der Regelung zu Leistungen)

Nach Absatz 6 wird ein neuer Absatz 7 eingefügt, der wie folgt lautet: „(7) Die Leistungen werden entsprechend der Anpassungen in der gesetzlichen Rentenversicherung dynamisiert. Die Dynamisierung erfolgt ab dem [Tag des Inkrafttretens des Änderungsgesetzes]“.

Begründung:

Die finanziellen Hilfsleistungen sollen zukünftig dynamisiert werden. Die Anpassung der Leistungen soll sich den Anpassungen in der gesetzlichen Rentenversicherung anschließen. Eine rückwirkende Dynamisierung erfolgt nicht. Stichtag ist der Tag des Inkrafttretens der Gesetzesänderung.

Änderungsantrag 19

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezube-
reitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel X Nummer 7 (§ 22 HIVHG)

(Streichung § 22 HIVHG)

§ 22 HIVHG wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Da die Länder zukünftig nicht mehr in die Finanzierung der Stiftung einbezogen werden, ist die Regelung bedeutungslos geworden.

Änderungsantrag 20

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel X Nummer 8 (§ 23 HIVHG)

(Redaktionelle Anpassung)

In Satz 1 werden die Worte „nach § 22“ gestrichen.

Begründung:

Da die Länder zukünftig nicht mehr in die Finanzierung der Stiftung einbezogen werden, ist die Regelung bedeutungslos geworden.

Änderungsantrag 21

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel X Nummer 8 (§ 24 HIVHG)

(Streichung § 24 HIVHG)

§ 24 HIVHG wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Da die Länder zukünftig nicht mehr in die Finanzierung der Stiftung einbezogen werden und Restmittel der Länder zum Zeitpunkt der Auflösung der Stiftung nicht mehr vorhanden sein werden, ist die Regelung bedeutungslos geworden und kann entfallen.