



Wortprotokoll der 114. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 26. April 2017,
 18.30 Uhr bis 19.30 Uhr,
 Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin,
 Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
 Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

BT-Drucksache 18/11488

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
 Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

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

BT-Drucksache 18/11930

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
 Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit



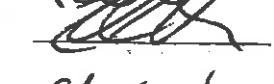
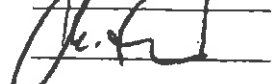




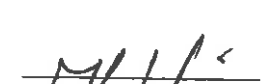

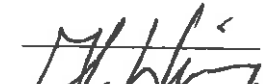
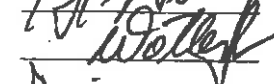


**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Hajek, Rainer Henke, Rudolf Henrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Blienert, Burkhard Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
 Mittwoch, 26. April 2017, 18:30 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u>		<u>CDU/CSU</u>	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	_____
Hajek, Rainer		Brehmer, Heike	_____
Henke, Rudolf		Dinges-Dierig, Alexandra	_____
Hennrich, Michael		Eckenbach, Jutta	_____
Hüppe, Hubert		Lorenz, Wilfried	_____
Irlstorfer, Erich		Manderla, Gisela	_____
Kippels Dr., Georg		Nüßlein Dr., Georg	_____
Kühne Dr., Roy		Pantel, Sylvia	_____
Leikert Dr., Katja		Rupprecht, Albert	_____
Maag, Karin	_____	Schmidt (Ühlingen), Gabriele	_____
Meier, Reiner	_____	Schwarzer, Christina	_____
Michalk, Maria		Steineke, Sebastian	_____
Monstadt, Dietrich	_____	Steiniger, Johannes	_____
Riebsamen, Lothar		Stockhofe, Rita	_____
Rüddel, Erwin	_____	Stracke, Stephan	_____
Sorge, Tino	_____	Timmermann-Fechter, Astrid	_____
Stritzl, Thomas	_____	Wiese (Ehingen), Heinz	_____
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	_____

<u>Ordentliche Mitglieder des Ausschusses</u>	<u>Unterschrift</u>	<u>Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses</u>	<u>Unterschrift</u>
<u>SPD</u>		<u>SPD</u>	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Bas, Bärbel		Blienert, Burkhard	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar		Henn, Heidtrud	_____
Heidenblut, Dirk		Katzmarek, Gabriele	_____
Kermer, Marina		Lauterbach Dr., Karl	_____
Kühn-Mengel, Helga		Tack, Kerstin	_____
Mattheis, Hilde		Thissen Dr., Karin	_____
Müller, Bettina		Westphal, Bernd	_____
Rawert, Mechthild		Ziegler, Dagmar	_____
Stamm-Fibich, Martina	_____		_____
<u>DIE LINKE.</u>		<u>DIE LINKE.</u>	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia		Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____

of.

18. Wahlperiode

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
Mittwoch, 26. April 2017, 18:30 Uhr

**Ordentliche Mitglieder
des Ausschusses**

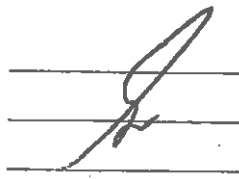
Unterschrift

**Stellvertretende Mitglieder
des Ausschusses**

Unterschrift

BÜ90/GR

Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Schulz-Asche, Kordula
Terpe Dr., Harald



BÜ90/GR

Kurth, Markus
Pothmer, Brigitte
Rüffer, Corinna
Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 26. April 2017, 18:30 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Dr. M. Neumann	CDU/CSU	
Jörg Janschke	Grüne	
Kerstin Baransek	Linke	
Dr. Manfred Lang	CDU/CSU	
Andreas Meier	"	
K. Uebel	CDU/CSU	
Pascal Detela	LINKE	
Allegret Ninkov	SPD	

öf.

Fraktionsmitarbeiter

Name (bitte in Druckschrift)

Fraktion

Unterschrift

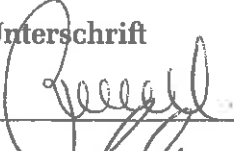









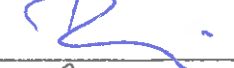

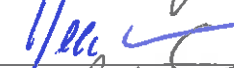



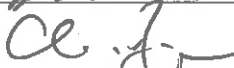
Sonja Kemnitz

LINKE

Ke - H

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts-bezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern	Pfister, Florian		rc
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt	Richter		Ränge
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte in Druckschrift)	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
BMG-Rybcarszyk			Ref.
BMG	KELLER		ALD
BMG	Algermin		MA
BMG	BRANN		PL
BMG	BERNHARDT		ÖBR
BMG	Kossel		ÖPR
"	Weck		MR
BMG	Beck		RR
"	Döbling		ÖRR
BIZ	Nordmann		RD'in
BMG	Fischbach		PStin
BMG	Veit		Ref.-L.
BMG	Boymann		MO
BMG	Kühn		Ref.
BMA	Stieper		Sachj.
"	Becker		MinDirig
"	Berringer		EL

Unterschriftenliste

öffentliche Anhörung

Mittwoch, 26. April 2017 von 18.30 bis 19.30 Uhr
im Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörungssaal,
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10117 Berlin

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften
für Blut- und Gewebezubereitungen
und zur Änderung anderer Vorschriften
BT-Drucksache 18/11488

Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD

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

A-Drs. 18(14)250.1 (fachlich)

A-Drs. 18(14)250.2 (fachfremd)

geladene Verbände

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der
Sozialhilfe (BAGüS)

ABSAGE

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit
Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren
Angehörigen e. V.
(BAG SELBSTHILFE)



Dr. Siiri Doka

Bundesärztekammer (BÄK)



Britta Susen

Bundesverband der Arzneimittel-Importeure e. V. (BAI)

ABSAGE

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)



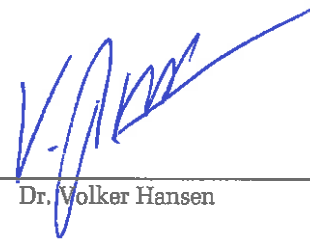
Christine Lietz

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)



Pascal Tschörtner

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.
(BDA)



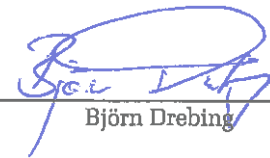
Dr. Volker Hansen

Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation –
gemeinnützige Gesellschaft mbH (DGFG)



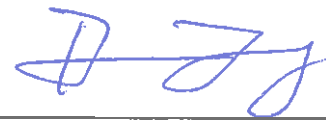
Martin Börgel

Deutsche Hämophiliegesellschaft zur Bekämpfung von
Blutungskrankheiten e. V. (DHG)



Björn Drebing

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)



Georg Baum

Deutsche Stiftung Patientenschutz

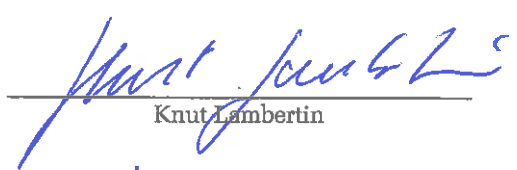
ABSAGE

Deutscher Caritasverband e. V.



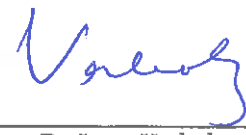
Dr. Elisabeth Fix

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)



Knut Lambertin

Deutscher Landkreistag



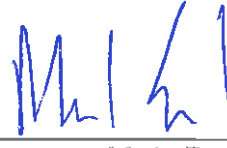
Dr. Irene Vorholz

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband
e. V. (DPWV)



Werner Hesse

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)



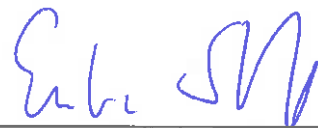
Moritz Ernst

Deutscher Städte- und Gemeindebund

Deutscher Städtetag (DST)


ABSAGE

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.



Erika Stempfle

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)



Prof. Josef Hecken

Gesellschaft für Thrombose- und Hämostasenforschung e. V.
(GTH)

GKV-Spitzenverband



Dr. Doris Pfeiffer

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



Dr. Andreas Gassen

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

ABSAGE

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der
Krankenkassen
e. V. (MDS)

ABSAGE

Stiftung Europäische Gewebebanken

ABSAGE

Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e. V.
(VAD)



Thilo Bauroth

Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (VFA)



Dr. Markus Frick

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

ABSAGE



Beginn der Sitzung: 18.30 Uhr

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich begrüße Sie heute Abend ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Zu meiner Linken begrüße ich Frau Parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung.

In unserer öffentlichen Anhörung heute beschäftigen wir uns mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften auf Drucksache 18/11488 und der dazugehörigen Unterrichtung der Bundesregierung auf Drucksache 18/11930. Uns liegen zu dem Gesetzentwurf zwei Pakete mit Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD vor. Zum einen die fachlichen auf Ausschussdrucksache 18(14)250.1¹ sowie die fachfremden auf Ausschussdrucksache 18(14)250.2².

Meine sehr verehrten Damen und Herren, Ziel des heute zu beratenden Gesetzentwurfs ist es zum einen, fachlich und rechtlich notwendige Änderungen für die Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitung und bei den Vorschriften für Arzneimittel für neuartige Therapien vorzunehmen. Damit passen wir die Vorschriften an die aktuellen wissenschaftlichen, aber auch an die technischen Entwicklungen und die Erfahrungen der Länder beim Vollzug der Vorschriften an. Es gibt aber, meine sehr verehrten Damen und Herren, Sie werden es gesehen haben, zahlreiche, nicht unbedeutende fachfremde Änderungsanträge. Darin geht es unter anderem um Klagen gegen die Beanstandung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses und Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Hier soll geregelt werden, dass Klagen gegen Aufsichtsmaßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) keine aufschiebende Wirkung mehr haben. Außerdem, auch das wissen Sie oder viele von Ihnen, geht es um das Entlassmanagement. Mit der Neuregelung soll ein bundesweites Verzeichnis der in Krankenhäusern und Ambulanzen tätigen Ärzte geschaffen werden. Mit der Änderung des HIV-Hilfegesetzes (HIVHG) werden zudem künftig die Mittel für die finanzielle

Hilfe im Rahmen dieses Gesetzes vom Bund aufgebracht, auch eine nicht unbedeutende Regelung. Und schließlich möchte ich noch die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren von Krankenhäusern, die auch in diesem Gesetzentwurf konkretisiert werden, erwähnen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte nun einige kurze Erläuterungen zum Anhörungsverfahren machen. Für die Anhörung stehen uns insgesamt 60 Minuten zur Verfügung. Diese werden auf die einzelnen Fraktionen entsprechend ihres Stärkeverhältnisses aufgeteilt. Dabei haben die CDU/CSU-Fraktion fünf Minuten und die SPD-Fraktion drei Minuten ihrer Fragezeit an die Oppositionsfraktionen abgegeben. Daraus ergeben sich die folgenden Zeiten: CDU/CSU 25, SPD 15, die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 10 Minuten. Ich möchte sowohl Fragesteller als auch Sachverständige bitten, die Fragen und Antworten möglichst kurz zu halten. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Fragen die Mikrophone zu benutzen und sich immer mit ihrem Namen und dem Verband vorzustellen. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung heute live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Sie wird aber auch digital aufgezeichnet und ist in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufbar. Wir fertigen auch ein Wortprotokoll an, das ebenfalls auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beginnen mit der CDU/CSU.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Unsere erste Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie bewerten Sie die vorgesehene Sondervorschrift für Arzneimittel für neuartige Therapien und die Neufassung der Krankenhaus-Ausnahmeregelung nach § 4b Absatz 2 Arzneimittelgesetz (AMG)?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir bewerten das im Gesamtergebnis positiv. Was den Unterabschnitt betrifft sind wir zwiespalten. Es wird für die Krankenhäuser leichter, was die Zulassung gentechnisch veränderter Arzneimittel betrifft, denn wir müssen nur noch

¹ Anlage: Ausschussdrucksache 18(14)250.1

² Anlage: Ausschussdrucksache 18(14)250.2



eine Zulassungsstelle, das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ansprechen. Aber es wird schwerer, weil wir immer eine Umweltverträglichkeitsprüfung initiieren müssen. Wir hätten uns gewünscht, dass das nur dort, wo das PEI es für erforderlich hält, notwendig gewesen wäre. Aber alles in allem ist es eine Erleichterung.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Verband forschender Arzneimittelhersteller. Bisher sehen die rechtlichen Rahmenbedingungen zum Vertrieb von Arzneimitteln vor, dass Patienten Medikamente zur Behandlung einer Hämophilie direkt vom behandelnden Arzt erhalten. Ich würde gerne wissen, ob diese rechtlichen Vorgaben vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung von Wirkstoffen und der Bereitstellung neuer Wirkstoffe aus Ihrer Sicht ausreichend sind?

SV **Dr. Markus Frick** (Verband forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)): Wir sehen hier in der Tat Aktualisierungsbedarf des § 47 AMG durch Fortschritte bei der Arzneimittelentwicklung. Es geht hier um die ärztlich kontrollierte Selbstbehandlung von Blutern in hochspezialisierten Zentren und Praxen. Die Versorgung erfolgt regelmäßig direkt über den Versorgungsweg des Arztes. Das ist langjährig etabliert und funktioniert. Jetzt gibt es allerdings neue Produkte, die nicht mehr durch die klassische Definition des § 47 AMG erfasst werden. Das müsste entsprechend aktualisiert werden. Die neuen Produkte werden gleichartig zu den bisherigen Arzneimitteln verwendet. Wenn man das nicht aktualisiert, hätte man zwei getrennte Versorgungswege. Das würde Inkonsistenz bei der Versorgung verursachen und bei der Dokumentation, Stichwort Hämophilieregister, zu Problemen führen. Von daher besteht Handlungsbedarf. Die Gesetzesdefinition in § 47 AMG sollte aktualisiert werden, sodass auch neuere gerinnungsfördernde Arzneimittel erfasst werden. Das wäre auch kein Novum. Solche Anpassungen hat es bereits in der Vergangenheit gegeben.

Abg. **Lothar Rietsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft zum Entlassmanagement. Wie bewerten Sie die Neuregelung, dass künftig nicht die vertragsärztliche Arztnummer verwendet wird, sondern eine Krankenhaus-Arztnummer, die die Vertragsparteien noch zu vereinbaren haben?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die KBV begrüßt diese Regelung zur Einführung eines Krankenhausregisters. Aus unserer Sicht wird hiermit erstmals die Möglichkeit geschaffen, Transparenz über die in der stationären Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte zu erlangen. Auf der Grundlage dieser Daten kann man versorgungspolitische Entscheidungen mit Blick auf stationäre, aber aus unserer Sicht viel wichtiger, im Hinblick auf die sektorenübergreifende Versorgung auf empirischer Grundlage treffen. Wir hätten die Registerstelle zwar gerne an einer öffentlichen Stelle verortet, um den datenschutzrechtlichen Anforderungen gerecht zu werden und den hoheitlichen Charakter einer solchen Regelung besser umzusetzen, aber wir halten die vorübergehende Durchführung dieser Aufgabe durch externe Dienstleister durchaus für vertretbar. Die enge Einbindung der KBV im Sinne einer Einvernehmensregelung zu den Inhalten und zur technischen Ausgestaltung dieses Registers begrüßen wir außerordentlich. Es ist auch sachgerecht, weil nur so eine hinreichende Kompatibilität und eventuell auch Übertragbarkeit dieser Datensystematik zwischen Krankenhaus und Bundesarztregister gewährleistet werden kann. Der 1. Januar 2019 ist aus unserer Sicht ein realistischer Zeitpunkt. Hier ist eine gewisse Kontrolle durch den Gesetzgeber sinnvoll. Wir begrüßen außerordentlich, dass die Krankenhausnummer auch im Rahmen des Entlassmanagements genutzt werden kann, um die dringend notwendige Transparenz zum Ordnungsverhalten von Krankenhausärzten im Entlassmanagement zu erreichen. Bis zur Einführung der Krankenhausnummer werden wir in der dreiseitigen Vereinbarung zum Entlassmanagement eine entsprechende Übergangsregelung schaffen können. Perspektivisch halten wir die weitere Nutzung dieser Daten im Sinne von Konstellationen in der sektorenübergreifenden Versorgung, wie oben bereits ausgeführt, für wichtig.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir begrüßen das ebenfalls, denn es handelt sich um eine gemeinsame Initiative von GKV-Spitzenverband, KBV und unserem Verband. Das Problem ist die Erfassung von Ärzten in Krankenhäusern, um die Krankenhäuser aus der Not zu entlassen, ihre Ärzte bei den Kassenärztlichen Vereinigungen nummerisch erfassen lassen zu müssen. Wenn Zuordnungen auf den einzelnen Arzt erforderlich sind, muss das aus dem



Krankenhaussystem heraus organisiert werden. Das geschieht jetzt. Gleichzeitig wird damit ein Problem bei der Umsetzung des Entlassmanagements behoben. Wir sehen die Möglichkeit, dass wir unsere dreiseitige Vereinbarung zum Entlassmanagement anpassen können, damit diese noch im Laufe dieses Jahres wirksam werden kann. Wir hätten uns gewünscht, dass die Tiefe der Erfassung beim ausgebildeten Facharzt endet. Wenn Sie die Formulierung im Gesetz anschauen, ist sie bis auf den Assistenzarzt heruntergebrochen. Dort gibt es viele Wechsel. Man könnte das ohne weiteres auf die Facharztbene begrenzen. Ansonsten sieht das Gesetz vor, dass der Einsatz der Nummer einem gesetzlichen Vorbehalt unterliegt. Der erste genormte gesetzliche Vorbehalt ist das Entlassmanagement ab 2019. Alle weiteren Nutzungen werden vom Gesetzgeber später formuliert. Damit sind sie der Streitbarkeit dreiseitiger Schiedsstellenentscheidungen entzogen. Dies wird auf Dauer erheblich zur Verbesserung von Umsetzungen beitragen.

Abg. **Rainer Hajek** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich auch an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Erlaubnis für die Gewinnung von Gewebe soll um die Entnahme durch von der Einrichtung entsandtes Personal erweitert werden. Wie bewerten Sie das?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Das bewerten wir positiv, weil es Rechtssicherheit schafft und ermöglicht, dass Kliniken, die eine Entnahmeberechtigung haben, unterstützend in Kliniken tätig werden können, die eine solche nicht haben. Damit wird der Kreis der Gewebespendemöglichkeiten deutlich erweitert und Hemmnisse werden abgebaut. Wenn diese Rechtssicherheit gegeben ist, können wir unsere Kliniken, die sich bisher eher zurückgehalten haben, auf diese Möglichkeiten hinweisen. Wir erhoffen uns dadurch einen positiven Effekt für die Versorgung mit Gewebematerial insgesamt.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Frau Dr. Pfeiffer. Künftig soll die obligatorische Anschlussversicherung für Saisonarbeiter nur noch unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden können. Wie beurteilen Sie diese Maßnahme? Ist mit einem bürokratischen Mehraufwand für die Seite der Arbeitgeber zu rechnen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen diese Regelung, weil sie den Besonderheiten dieser Personengruppe Rechnung trägt, denn diese kehrt in der Regel typischerweise nach der Beschäftigung in ihr Heimatland zurück. Für die Kassen ist es ein relativ großer Aufwand zu eruieren, ob die Nachversicherungspflicht gilt. Von daher halten wir es aus Sicht der Krankenkassen für sinnvoll, dass diese Regelung eingeführt wird. Für die Krankenkassen bedeutet das eine erhebliche Reduzierung der Ermittlungspflichten. Für die Arbeitgeber sollte die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände dazu Stellung nehmen. Wenn es nicht zu dieser Regelung kommt, rechnen wir mit vielen Nachfragen bei Arbeitgebern. Dadurch würde Aufwand entstehen. Insofern halten wir diese Regelung für akzeptabel.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich habe ebenfalls eine Frage an den GKV-Spitzenverband zum Entlassmanagement. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen zur Besetzung des erweiterten Bundesschiedsamtes, wenn über den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären Rehabilitationseinrichtungen entschieden wird?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen diese Regelung. Bisher gab es dort Rechtsunsicherheiten bei der Übertragung auf den Reha-Bereich. Insofern ist es wichtig, dass bei der Besetzung des erweiterten Bundesschiedsamtes für den Reha-Bereich im Konfliktfall Rechtssicherheit hergestellt wird. Hier wird nochmal klargestellt, dass beim Reha-Entlassmanagement die Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene anstelle der DKG im Bundesschiedsamt vertreten sind. Damit wird die sachlich gebotene Beteiligung der fachlich betroffenen Interessenvertreter erreicht.

Abg. **Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Ich habe auch nochmal eine Frage an Sie, Frau Dr. Pfeiffer. Künftig sind vereinbarte Pflegevergütungen zu kürzen, wenn planmäßig und zielgerichtet gegen die vereinbarte personelle Ausstattung verstoßen wird. Wie bewerten Sie diese Maßnahme?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen, dass künftig eine Entgeltkürzung bei Personalunterdeckung möglich ist.



In der Vergangenheit konnten die Kassen eine solche Kürzung bei Qualitätsmängeln vornehmen, aber nicht, wenn kein bestimmungsgemäßer Einsatz des Personals erfolgte oder eine Unterausstattung oder -deckung stattfand. Dazu hat es kürzlich ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) gegeben, wonach diese Kürzung nur möglich ist, wenn erhebliche Qualitätsmängel nachzuweisen sind und nicht bereits bei einem Nachweis der Personalunterdeckung. Wir würden als Ergänzung gerne den nicht bestimmungsgemäßen Einsatz von Personal als sanktionsbewehrt aufgenommen haben, um zu verhindern, dass Betreuungskräfte, die nicht Pflegekräfte im eigentlichen Sinne sind, regelmäßig in der Pflege oder in der Hauswirtschaft eingesetzt werden. Das wäre ein Wunsch unsererseits, um rechtsicher sanktionieren zu können.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Zur Vermeidung von Interessenkonflikten soll die Wählbarkeit in den Verwaltungsrat einer Krankenkasse für Mitarbeiter von Kassenverbänden eingeschränkt werden. Wie bewerten Sie diese Maßnahme?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Es gibt bereits heute die Regelung im SGB IV, dass Mitarbeiter von Sozialversicherungsträgern nicht in den Verwaltungsrat eines solchen Trägers gewählt werden können. Der Bundeswahlbeauftragte hatte bereits im Schlussbericht zur Sozialwahl 2011 die Empfehlung gegeben, dass dies auch für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Verbänden der Kassen bzw. der Sozialversicherungsträger gelten soll, weil möglicherweise Interessenkonflikte entstehen können, wenn Mitarbeiter Informationen aus seinem Einzelträger und von allen Trägern, die im Verband organisiert sind, hat. Aus diesem Grund halten wir diese Regelung für sachgerecht.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die geplante Ausnahme vom Darlehensaufnahmeverbot für Krankenkassen, damit diese über Bankdarlehen die notwendigen Investitionen für ihre Eigeneinrichtung finanzieren können?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen diese Regelung. Bisher gilt ein striktes Darlehensaufnahmeverbot für die Krankenkassen.

Das hat mit den damals doch relativ hohen Verschuldungen der Kassen zu tun. Wir stellen aber immer wieder fest, dass es Probleme gibt. Die Regelung ist nur auf Eigeneinrichtungen bezogen. Diese sind aber ohnehin begrenzt, weil es keine Möglichkeiten mehr gibt, neue Eigeneinrichtungen zu bilden. Das sind also sozusagen Bestandseinrichtungen. Wir begrüßen die Regelung für diese eng eingegrenzten Fälle, in denen es auch wirtschaftlich ist. Wir haben allerdings den Wunsch, eine Erweiterung dahingehend vorzunehmen, dass dies für die Kassen generell gilt, in eng begrenzten Fällen, bei denen es in Abstimmung mit der Aufsicht klar ist, dass es sich beispielsweise um eine wirtschaftliche Lösung für einen Kauf oder den Umbau eines Gebäudes handelt. Wir haben von den Aufsichten von Fällen gehört, in denen diese gerne eine Darlehensaufnahme genehmigt hätten, weil es sich als wirtschaftlich erwiesen hätte, dies aber wegen des strikten Darlehensaufnahmeverbots nicht möglich gewesen sei.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Hecken vom G-BA und an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die regelhaften MDK-Kontrollen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten auf der Grundlage der Stichprobenprüfungen, die in unseren Anträgen vorgesehen sind?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich kann die Antwort sehr kurz machen. Wie auch in der schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, begrüßt der G-BA diese Kontrollen uneingeschränkt. Der G-BA hält sie für ein wichtiges und notwendiges Instrument, um die Qualitätsindikatoren und die qualitativen Vorgaben in der Praxis zu überprüfen. Vor diesem Hintergrund: uneingeschränkte Zustimmung der unparteiischen Mitglieder des G-BA.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Auch wir begrüßen die Regelung. Ich darf vielleicht kurz ausführen, warum dies so wichtig und notwendig ist. Uns liegt eine Untersuchung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen vor, die zeigt, dass ca. 11 Prozent der über die Abrechnungsdaten dokumentierten Todesfälle sehr kleiner Frühgeborener nicht in den separat dokumentierten Qualitätssicherungsdaten (QS-



Daten) erfasst werden. Das heißt, hier gibt es deutliche Differenzen zwischen den Abrechnungsdaten und den QS-Daten. Das ist eine Auffälligkeit, die wir erkennen können. Es mag sein, dass eine Auffälligkeit nicht sofort erkennbar ist. Deswegen halten wir es für dringend notwendig, dass man durch eine Stichprobenziehung die Möglichkeit hat, Dokumentationsprobleme zu identifizieren, die nicht auf den ersten Blick erkennbar sind. Diese Methode haben wir im Übrigen schon immer bei der externen stationären Qualitätssicherung angewendet. Insofern ist dies ein eingespieltes Verfahren, das auch bei den MDK-Prüfungen zum Einsatz kommen sollte.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an Frau Dr. Pfeiffer und an die Caritas. Es geht um die Möglichkeit, auf die Verantwortung für die Erbringung der Pflegeberatung zu verzichten, wenn die Antragsteller der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung in der Pflege das so wollen. Mich würde interessieren, wie Sie das bewerten.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir haben zur Übertragung der Beratungen bereits im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes relativ kritisch Stellung genommen. Wir halten es nicht für sachgerecht, dass eine Stärkung der Rolle der Kommunen allein durch Übertragung der Beratungsaufgaben erfolgen soll. Jetzt wird im Blut- und Gewebegesetz durch den Änderungsantrag nachjustiert. Gegen die Änderungsanträge haben wir keine Einwände. Denn wenn es den Modellkommunen aufgrund fehlender Kompetenzen nicht gelingt, die Pflegeberatung nach § 7a bis c SGB XI kompetent durchzuführen, soll die Beratung bei den Pflegekassen verbleiben. Des Weiteren halten wir es für sachgerecht, dass einer Modellkommune die Genehmigung entzogen werden kann, wenn die Pflegeberatung und andere Beratungsaufgaben, wie zum Beispiel der Beratungseinsatz nach § 37 Absatz 3 SGB XI, nicht sachgerecht durchgeführt werden können.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir halten die vorgesehene Möglichkeit, die Verantwortung für die Pflegeberatung bei den Pflegekassen zu belassen, für praxisgerecht. Es ist vorgesehen, eine ergänzende Vereinbarung zwischen dem Antragsteller des Modellvorhabens und den Landesverbänden der Pflegekassen zu schließen. Wir halten

diese ergänzende Vereinbarung für nicht erforderlich, weil bereits jetzt in § 123 Absatz 5 SGB XI der Abschluss einer gemeinsamen und einheitlichen Vereinbarung mit den Landesverbänden der Pflegekassen über die Zusammenarbeit und die Einbeziehung bestehender Beratungsangebote vorgesehen ist. Insofern ist die Möglichkeit bereits vorhanden.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich ebenfalls an Frau Dr. Pfeiffer. Wie bewerten Sie die Klarstellung, dass die vom G-BA an die Länder zu den Qualitätsindikatoren zu übermittelnden Maßstäbe und Kriterien eine Bewertung der Qualitätsergebnisse ermöglichen müssen?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen diese Klarstellung. Wir hatten bei der Beschlussfassung im G-BA im Dezember letzten Jahres eine schwierige Diskussion über die rechtlichen Möglichkeiten, die das Gesetz bietet, und ob wir eine solche Beschlussfassung treffen können. Deshalb finden wir es wichtig, dass der Gesetzgeber dies klarstellt und damit die Aufgabenstellung des G-BA präzisiert. Das ist aus unserer Sicht wichtig, um Rechtssicherheit zu schaffen.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich frage den GKV-Spitzenverband. Frau Dr. Pfeiffer, ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, dass im Rahmen der Nachweispflicht der Modellkommunen die durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsausgaben für Sachmittel unterschritten werden dürfen?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir halten es grundsätzlich für sinnvoll und begrüßenswert, dass aufgrund von Synergieeffekten entstehende Einsparungen realisiert werden können, weil die Kommunen zu einer effizienten Mittelverwendung motiviert werden und damit verhindert wird, dass die Einsparungen von Sachmitteln zum Widerruf der Genehmigung des Modellvorhabens durch die oberste Landesbehörde führen. Das könnte nämlich passieren, wenn man diese Regelung nicht einführt. Allerdings wünschen wir uns und das wird Sie nicht überraschen, dass ergänzend geregelt wird, wie mit diesem erzielten Wirtschaftlichkeitsgewinn umgegangen wird. Wenn sich im Zuge der Übernahme von Aufgaben der Pflegekassen Einsparungen aufgrund von Synergieeffekten bei den Sachmitteln ergeben, halten wir es nur für sachgerecht, dass auch die Pflegekassen



davon profitieren. Das sollte man in der Vereinbarung nach § 123 Absatz 5 SGB XI regeln.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Eine kurze Frage zum Qualitätsausschluss an den Caritasverband und den Deutschen Pflegerat. § 113b SGB XI regelt, dass der Qualitätsausschuss auch bei Entscheidungen über die Beauftragung von Wissenschaftlern oder im Bereich der Qualitätsentwicklung bzw. bei Vorlagefristen, Vorlagepflichten und Berichtspflichten usw., das alleinige Entscheidungsgremium ist. Stellt die Formulierung, wie sie jetzt gewählt ist, diesen Tatbestand sicher?

SV **Moritz Ernst** (Deutscher Pflegerat e. V.): Wir halten diese Klarstellung für richtig. Wir halten es auch für richtig, den Qualitätsausschuss zum zentralen Entscheidungsgremium zu machen. Nach dem gesetzlichen Wortlaut sollen auch die Pflegeberufe daran beteiligt werden. Das ist richtig und wichtig. Die Pflegeberufe sind ein wichtiger Motor in der Entwicklung. Faktisch ist es derzeit so, dass die Pflegeberufe keine stimmberechtigte Vertretung im Qualitätsausschuss haben. Warum ist das so? Wir halten es für richtig und wir halten es auch für ausreichend.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich halte das Ziel des Antrags für richtig. Allerdings erreicht der Antrag das Ziel noch nicht. Der Qualitätsausschuss ist zwar das alleinige Entscheidungsfindungsorgan, aber keinesfalls das alleinige Entscheidungsorgan. Der Deutsche Caritasverband und die anderen Wohlfahrtsverbände haben hier einen ganz konkreten Formulierungsvorschlag gemacht, wie man dieses Ziel erreichen könnte.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an den Caritasverband zur modellhaften Erprobung der Personalbemessung. Ich frage Sie, Frau Dr. Fix, gibt die in § 113c SGB XI vorgesehene Möglichkeit der Abweichung von der grundlegenden Regel des § 36 SGB XI, Pflegesachleistung, und weiteren Regelungen im SGB XI, den erforderlichen Spielraum für die modellhafte Erprobung der Personalbemessung im ambulanten und stationären Bereich? Wie bewerten Sie die Regelung insgesamt?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat ist § 113c und der Änderungsantrag dem § 8 Absatz 3 Satz 3 SGB XI nachgebildet

und kann dieses Ziel nicht erreichen. Es ist sinnvoll, dass es Abweichungen vom § 75 SGB XI Rahmenverträge geben soll, denn dort werden Personalanhaltszahlen, Personalschlüssel etc. geregelt. Bei einem modellhaften Verfahren zur Erprobung eines Personalbemessungssystems muss hiervon abgewichen werden können. Dass aber Änderungen und Abweichungen von § 36 SGB XI möglich sind, erachten wir als außerordentlich problematisch, denn § 36 SGB XI ist die zentrale leistungsrechtliche Vorschrift des SGB XI, das Leistungsrecht, das den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff abbildet. Bei einer modellhaften Erprobung von Personalbemessungssystemen darf es vom Leistungsrecht nach unserer Lesart keine Abweichungen geben, denn sonst riskiert man, dass das erprobte Verfahren in der Echtzeit als nicht legitim betrachtet wird, weil die Ergebnisse, die erprobt wurden, sich nicht unmittelbar zum Abschluss von Vereinbarungen und Verträgen eignen. Wir sehen das höchst skeptisch. Notwendig wäre es hingegen, eine Abweichung vom § 89 SGB XI, das sind die Vergütungsregelungen im ambulanten Bereich, vorzunehmen, denn modellhaft erprobt werden sollen auf jeden Fall nicht nur die Leistungskomplexe, die jetzt meist im § 89 SGB XI geregelt sind, sondern auch die Zeitvergütungen, die noch nicht überall existent sind oder auch Pflegebudgets zur Stärkung der Nutzerautonomie. Diese Abweichung vom § 89 SGB XI ist noch nicht vorgesehen und ist aus unserer Sicht dringend ergänzungsbedürftig. Wegfallen sollte wiederum die Änderung der Abweichungsmöglichkeit von § 84 Absatz 2 SGB XI. Das ist die Vergütung im stationären Bereich. Das ist nicht erforderlich. Besonders pauschalisierte Pflegesätze gibt es in den vorgeschlagenen Verfahren nicht und somit sehen wir hierfür keine Notwendigkeit.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Caritas und an den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) und zwar zum fachfremden Änderungsantrag Nummer 10. Sie lehnen die Neuregelung zur Vergütungskürzung bei Personalunterdeckung mit dem Argument ab, dass die beiden vorgesehenen Fallkonstellationen, die vorsätzliche Personalunterschreitung und die nicht nur vorübergehende Personalunterschreitung bereits durch § 115 Absatz 3 SGB XI sanktioniert seien. Bitte erläutern Sie das. Wie bewerten Sie das beschleunigte Verfahren zur Vergütungskürzung bei vorsätzlichem Handeln?



Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat sehen wir an sich keinen Handlungsbedarf, denn das vorsätzliche Handeln der Personalunterschreitung und auch das nicht nur vorübergehende Handeln bei Personalunterschreitung ist bereits durch § 115 Absatz 3 SGB XI abgedeckt. Das hat auch das BSG-Urteil von 2012 ganz klar aufgezeigt. Allerdings unterscheiden sich die Rechtsfolgen des § 115 Absatz 3 SGB XI von den Rechtsfolgen des Änderungsantrages zu § 115 Absatz 3a SGB XI, der ein beschleunigtes Verfahren vorsieht. Wir als Deutscher Caritasverband erachten es als sachgerecht, bei einem wirklich vorsätzlichen Unterschreiten der Personalmenge zu einem beschleunigten Verfahren der Vergütungskürzung zu kommen und insofern sollte man den § 115 Absatz 3 SGB XI betreffenden Änderungsantrag auf dieses vorsätzliche Handeln beschränken und mit den Rechtsfolgen des beschleunigten Verfahrens, wie vorgesehen, verbinden. Zu streichen wäre allerdings § 115 Absatz 3a SGB XI, die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes, die der Herstellung einheitlicher Rechtsanwendung dienen sollen. Das kann nicht Gegenstand einer Richtlinie sein. Wir halten es für sinnvoll, dass nach wie vor die Selbstverwaltung zum Tragen kommt, wie in § 115 Absatz 3 SGB XI vorgesehen, und diese sich darüber einigt, in welchem Umfang eine Personalmengenterschreitung stattgefunden hat und in welcher Höhe eine Vergütungskürzung vorzunehmen ist.

SV **Werner Hesse** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.): Was soll ich noch sagen, nachdem Frau Dr. Fix alles vorgetragen hat. Ich kann das so bestätigen, wie sie es gesagt hat und ich will nur eines nochmal betonen: Frau Dr. Pfeiffer hat vorhin, bei einer anderen Fragestellung, auf die BSG-Entscheidung hingewiesen und gesagt, diese griffe zu kurz und sei noch ausbaunotwendig. Das ist nicht so. Sie ist wesentlich weitgehender als es vorhin dargestellt wurde und erfasst das, was in dem Änderungsantrag enthalten ist.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich ebenfalls an den Caritasverband. Ich habe eine ganz pragmatische Frage zur Inanspruchnahme der Verhinderungspflege. Sie haben darauf hingewiesen, dass bei der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege in der Praxis Probleme auftreten. Diese werden bei stundenweiser Inanspruchnahme oder

auch bei regelmäßig geplanten Terminen der pflegenden Angehörigen, wie zum Beispiel ein Sporttermin, von den Pflegekassen, im Unterschied zu ungeplanten Terminen wie Arztbesuchen, häufig abgelehnt. Bitte stellen Sie uns Ihre diesbezügliche Sichtweise dar und vor allem Ihre Lösungsvorschläge dazu.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat begegnet uns dieses Problem seit Jahren und wir weisen in Stellungnahmen seit Jahren darauf hin. Jüngst ist das Problem der fehlenden Genehmigung von Verhinderungspflege, insbesondere bei dem Tatbestand, den Sie eben erwähnt haben, gegeben. Plant jemand regelmäßig einen Kurs im Fitnessstudio zu besuchen oder möchte er an einem Yoga-Entspannungskurs teilnehmen, wird die Verhinderungspflege nicht genehmigt. Dabei ist es für pflegende Angehörige sehr wichtig, solche Auszeiten und Möglichkeiten der Entlastung zu haben. Es darf hier keine bürokratischen Hindernisse geben. § 39 SGB XI sieht das auch nicht vor und auch die Rechtskommentare gehen immer davon aus, dass eine stundenweise Verhinderung möglich ist. Aber in der Praxis ist das nicht gegeben und deswegen bitten wir den Gesetzgeber, hier eine entsprechende Klarstellung im Gesetz vorzunehmen, wonach eine stundenweise Inanspruchnahme von Verhinderungspflege nicht auf die Höchstdauer der Verhinderungspflege insgesamt angerechnet wird. Ich erlaube mir noch die Bemerkung, dass es auch sinnvoll wäre, die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI bereits ab dem Pflegegrad I zu gewähren.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Die Frage geht an den Caritasverband. Sie greifen in Ihrer Stellungnahme das Thema „Tarifanerkennung in der häuslichen Krankenpflege nach SGB V“ auf. Für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege ist in § 132a SGB V bisher geregelt, dass die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisation der Pflegedienste für die regionalen Vergütungsverhandlungen konkrete Vorgaben zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tarife oder Arbeitsentgelte vorzusehen haben. Warum sind diese gesetzlichen Vorgaben aus Ihrer Sicht für die Anerkennung der Tarife in der Praxis der Vergütungsverhandlungen bei der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichend?



Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Schon seit vielen Jahren klafft in der häuslichen Krankenpflege eine erhebliche Differenz zwischen den von den Krankenkassen gewährten Vergütungen und den tatsächlich zu refinanzierenden Personalkosten, die die Einrichtungen und Dienste aufgrund tariflicher Bindungen und auch aufgrund von Tarifsteigerungen zu tragen haben. Der Grund ist, dass man sich bei Vergütungsverhandlungen häufig an der Grundlohnsumme orientiert oder nicht einmal an der Grundlohnsumme orientiert, wodurch diese Lücke entstanden ist. Wir haben uns sehr gefreut, dass die Bindung der Heilmittel an die Grundlohnsumme im Rahmen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) für eine begrenzte Zeit ausgenommen wurde. Wir hoffen, dass wir in dieser Legislaturperiode eine ähnliche Regelung für die häusliche Krankenpflege erreichen können. Sie haben danach gefragt, warum die im E-Health-Gesetz vorgenommenen Verbesserungen nicht ausreichen. Dort wurde ein Schiedsverfahren eingeführt. Die Tatsache, dass dieses existiert, hat in der Praxis nicht dazu geführt, dass die tariflichen Bindungen anerkannt werden. Das ist nur teilweise der Fall, zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen. Es gibt aber Beispiele, unter anderem in Hessen, wo trotz der Tatsache, dass es diese Schiedsverfahren gibt und man Vergütungen oberhalb der Grundlohnsumme abschließen kann, die tarifliche Anerkennung nicht erreicht wird. Auch der Nachweis der Tarife und der Arbeitsentgelte der nicht tarifgebundenen Träger reicht allein nicht aus, um zu erreichen, dass die Tarife bei den Vergütungen auch anerkannt werden. Daher bitten wir, eine entsprechende Regelung, wie sie in §§ 84 und 89 SGB XI in dieser Legislaturperiode vorgenommen wurde und die in der Praxis des SGB XI sehr gut gewirkt hat, auch auf das SGB V zu übertragen. Wir haben eine entsprechende Formulierung vorgeschlagen. Vielleicht darf ich noch darauf hinweisen, dass es uns schon seit Jahren ein Anliegen ist, dass das Wort „preisgünstig“, das zwei Mal im SGB V auftaucht, nämlich in § 132 Haushaltshilfen und in § 132a Häusliche Krankenpflege aus dem Gesetz gestrichen wird. Denn preisgünstig ist assoziiert mit billig produziert. Pflege und Krankenpflege ist ein Qualitätsprodukt, eine qualitätsvolle Dienstleistung, was sich nicht mit einer preisgünstigen Leistungserbringung verträgt. Wir bitten darüber nachzudenken, ob

das Wörtchen „preisgünstig“ in §§ 132 und 132a SGB V gestrichen werden könnte.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage richtet sich an die BAG SELBSTHILFE, an die DKG und an den G-BA. Ich komme zurück auf den Änderungsantrag 4. Hier soll der gesetzliche Auftrag an den G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren konkretisiert werden. Es wird klargestellt, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA so gestaltet sein müssen, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Länder auf dieser Grundlage konkret feststellen können, ob in erheblichem Maße unzureichende Qualitätsergebnisse vorliegen. Diese Feststellung ist relevant für die Entscheidung über die Aufnahme und den Verbleib eines Krankenhauses im Krankenhausplan. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen?

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir begrüßen die vorgesehene Regelung. Aus unserer Sicht ist sie eine Klarstellung. Wir haben die damalige Regelung auch so verstanden, dass der G-BA nach § 136c SGB V die Maßstäbe und Kriterien liefert, welche als Grundlage der Krankenhausplanung verwendet werden können. Andernfalls würde die Trennlinie zwischen „erheblich unzureichender Qualität“ und „noch nicht erheblich unzureichender Qualität“ vermutlich in jedem Bundesland höchst unterschiedlich gezogen werden. Ein Vergleich wäre damit für Patientinnen und Patienten kaum noch möglich und man hätte einen höchst bunten Flickenteppich von unterschiedlichen Kriterien und Trennlinien. Unseres Erachtens nach verbleibt den Ländern auch nach dem Änderungsantrag noch ein erheblicher Entscheidungsspielraum. Zum einen können sie die Qualitätsindikatoren ausschließen oder einschränken oder weitere Anforderungen aufstellen. Zum anderen verbleibt ihnen aber auf der Tatbestandsebene ein erheblicher Spielraum. Ein Kriterium wird jetzt zwar stärker definiert, aber das andere Kriterium „nicht nur vorübergehend“ muss nach wie vor auf der Tatbestandsebene ausgefüllt werden. Insofern haben wir aus unserer Sicht keine wirklichen Bedenken, dass der Eingriff in die Planungshoheit der Länder sehr hoch wäre. Es war in den damaligen Diskussionen



durchaus der Wunsch der Länder, dass die Qualitätsindikatoren möglichst detailliert ausgestaltet werden sollten.

SV Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wir hatten die Diskussion, die Frau Dr. Pfeiffer und Frau Dr. Doka beschrieben haben, bei der ersten Beschlussfassung über planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Dem Grunde nach sehen die unparteiischen Mitglieder des G-BA es als technisch möglich an, Qualitätsindikatoren feiner auszudifferenzieren als es bisher der Fall war. Das soll auch das Ziel des Gesetzes sein. Darüber braucht nicht diskutiert zu werden. Wir haben nur, anders als es eben von Frau Dr. Doka vorgetragen worden ist, nach wie vor auch im Lichte dieser einfach gesetzlichen Regelung verfassungsrechtlich die Frage, ob nicht durch die Verwendung der identischen Begrifflichkeit von „in unzureichendem Maße gegebener Qualität“, das, was den Ländern eigentlich als Planungsausübungsermessens verbleibt, nämlich die Ausfüllung dieses unbestimmten Rechtsbegriffes durch Vorgaben des G-BA, dergestalt ausgefüllt wird, dass es hier eine Automatik gibt, die den Ländern im Prinzip verbindliche Vorgaben ohne Berücksichtigung regionaler Besonderheiten macht. Das ist in hohem Maße jenseits der Frage, wie die verfassungsrechtliche Implikation zu beurteilen ist und in hohem Maße auch anfällig für Klagen, weil wir dann abstrakt generell auf Bundesebene definieren müssen, was Tatbestände sind, die in jedem Winkel der Republik, unabhängig von der sonstigen Versorgungssituation, die sich im Umfeld abspielt, zwingend zu einem Ausschluss von der Versorgung führen würden. Deshalb wäre es uns lieber gewesen, wenn nicht die gleiche Begrifflichkeit verwendet worden wäre, wie sie auch im Gesetz als Ausschlussstatbestand, der von den Ländern mit Ermessen auszufüllen ist, verwendet worden wäre. Damit hätte man verfassungsrechtliche Fragestellungen und gerichtliche Risiken vermeiden können.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Paritätischen Wohlfahrtsverband, Herrn Hesse. Ich will noch einmal auf § 89 SGB XI eingehen. Warum befürwortet der Paritätische Wohlfahrtsverband eine Ausnahmeregelung, um § 89 SGB XI für die Erprobung anderer Leistungskomplexe und Leistungsformen im ambulanten Pflegebereich zu öffnen?

SV Werner Hesse (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.): Die Pflege und die Pflegeversicherung sind sicherlich nicht statisch zu begreifen, sondern müssen sich weiterentwickeln. Daher ist es sinnvoll, dass es Möglichkeiten gibt, von bestimmten Strukturvorgaben abzuweichen, um Neues im Modell entwickeln und erproben zu können. Durch den Änderungsantrag soll § 36 SGB XI geändert werden. Das halten wir für absolut falsch, weil § 36 SGB XI die leistungsrechtliche Grundlage ist. Sie schafft keinen Rahmen, sondern die Basis. Diese können und dürfen wir nicht antasten. Der Rahmen für den ambulanten Bereich wird in § 89 SGB XI gesetzt. Von diesem muss in einem Modellvorhaben abgewichen werden dürfen. In den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI wird ebenfalls ein Rahmen geschaffen. Auch hiervon sind Abweichungen erforderlich. Aber auf gar keinen Fall darf von § 36 SGB XI abgewichen werden. Die Änderung von § 36 SGB XI muss aus dem Änderungsantrag gestrichen werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Hämophiliegesellschaft und beschäftigt sich mit der HIV-Stiftung. Die Bundesregierung beabsichtigt mit den vorliegenden Änderungsanträgen endlich Forderungen, die seit Jahren von Betroffenen, aber auch von uns erhoben wurden, nachzukommen und eine Anpassung an den Kaufkraftverlust für zukünftige Zahlungen und eine lebenslange Garantie für diese Zahlungen einzuführen. Das ist zu begrüßen. Allerdings ist die Höhe der Leistungen seit über 20 Jahren unverändert geblieben. Was schlagen Sie vor, um diesen Kaufkraftverlust zu kompensieren, und wie hoch ist aus Ihrer Sicht der Kaufkraftverlust? Was bedeutet das für die soziale Lage der Betroffenen?

SV Björn Drebing (Deutsche Hämophiliegesellschaft zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten e. V.): Wir haben festgestellt, dass von 1995 bis 2016 ein Kaufkraftverlust von 26,1 Prozent entstanden ist. Das bedeutet für uns, dass die in § 16 HIVHG festgestellten Summen um 26,1 Prozent angehoben werden müssen, um sie anschließend, wie es geplant ist, zu dynamisieren. Für uns ist wichtig, dass der Kaufkraftverlust, der in der Vergangenheit entstanden ist, durch eine Einmalzahlung kompensiert wird. Man muss sich vorstellen,



dass viele Leistungsempfänger nach dem HIVHG nicht in der Lage sind zu arbeiten. Lediglich 28 Prozent sind laut Prognos-Studie aus dem Jahr 2014 überhaupt in der Lage, voll erwerbstätig zu sein. 50 Prozent der Leistungsempfänger sind nicht erwerbstätig. Das führt dazu, dass die betreuenden Personen weitaus weniger Geld verdienen können, weil sie viel Zeit für die Betreuung der HIV-Infizierten und der an Aids erkrankten Bluter aufwenden.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Lambertin vom DGB. Der DGB unterstützt den Ansatz des Änderungsantrages 10 und damit die Möglichkeit, Vergütungen von Pflegeeinrichtungen zu kürzen, wenn eine vereinbarte Personalausstattung unterschritten wird. Sie schlagen vor, diese Regelung zu erweitern und zu präzisieren. Könnten Sie das bitte kurz erläutern?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Zunächst begrüßen wir die Regelungen ganz ausdrücklich, weil damit die Rechte der versicherten pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen gestärkt werden. Wir glauben aber, dass die im Änderungsantrag festgelegte Grenze von 8 Prozent willkürlich festgelegt wurde, bzw. dass es schwierig ist, das an der Stelle festzumachen. Auch mit einer anderen Personalunterschreitung können die Pflegebedürftigen unterversorgt sein. Wir sind der Auffassung, dass der Begriff „regelmäßig“ bzw. die Aussage „über mehrere Monate“ konkretisiert werden muss. Es müssen kürzere Fristen vereinbart werden, weil es den Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen nicht zuzumuten ist, diesen Zustand über mehrerer Monate zu ertragen. Es wäre hilfreich, den Betriebs- und Personalräten ein Informationsrecht einzuräumen, damit sie bei fehlendem Personal ihren Bestimmungsrechten und der Interessensvertretung der Beschäftigten gerecht werden können. Denn sie sind diejenigen, die in einer zugewandten Pflege die Qualität von Pflege überhaupt ermöglichen.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Die nächste Frage geht an Frau Dr. Fix vom Deutschen Caritasverband. In Ihrer Stellungnahme schildern Sie, dass Hartz IV-Empfängerinnen und -Empfänger häufig keine Brille kaufen, obwohl das medizinisch absolut notwendig wäre, weil sie sich keine leisten können. Bitte schildern Sie die Problemlage aus Ihrer Praxiserfahrung.

Welche Konsequenzen hat dies, und was schlagen Sie konkret vor?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In unserer Praxis zeigt sich beispielsweise in Paderborn, dass sich Hartz IV-Empfänger aufgrund der hohen Kosten häufig keine Brille leisten können. Dort sammeln die Vinzenz-Konferenzen seit 2012 Spenden und investieren Eigenmittel, um Hartz IV-Empfängern den Kauf einer Brille zu finanzieren. Das Projekt hat einen kontinuierlichen Zulauf bis heute. Die Ursache, warum sich Hartz IV-Empfänger Brillen nicht leisten können, liegt darin, dass aus dem Regelsatz monatlich nur 2,70 Euro für therapeutische Mittel und Geräte zur Verfügung stehen. Mit diesen monatlich 2,70 Euro müssen auf das Jahr hochgerechnet die Kosten der Entspiegelung der Brille, die noch nie aus dem SGB V finanziert wurden, bezahlt werden. Insgesamt ist es häufig nicht möglich, mit diesem Regelbetrag eine Brille zu kaufen. Die Caritas setzt sich dafür ein, dass die medizinischen Kosten für die Brille wieder übernommen werden. Wir hatten uns im Rahmen des Regelbedarfsermittlungsgesetzes (RBEG) für eine Härtefallregelung für SGB XII- und SGB II-Empfänger eingesetzt, konnten uns aber leider nicht durchsetzen. Unser anderer Vorschlag lautet, dass die SGB V-Leistungen für Sehschwächen auch unterhalb der jetzt vorgesehenen 6 Dioptrien bzw. 4 Dioptrien bei Astigmatismus, wieder schrittweise erhöht werden. Das soll natürlich für alle Versicherten gelten. Im Rahmen dieses ordnungspolitisch korrekten Vorschlags kämen auch Hartz IV-Empfänger wieder stärker in den Genuss von Brillen. Der im HHVG eingeschlagene Weg ist richtig. Wir würden uns wünschen, dass er in dieser oder in der nächsten Legislaturperiode fortgesetzt wird.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie. Mit dem Gesetz soll die Frage der HIV-Stiftung neu geregelt werden. Der Bund tritt als eine Art Ausfallbürge auch für die pharmazeutische Industrie ein. Mich hat bei Ihrer Stellungnahme gewundert, dass nichts zur Frage der HIV-Stiftung zu lesen war. Deshalb habe ich die Frage: Weshalb gibt es noch keine Zusage für eine Beteiligung der betroffenen Unternehmen über das Jahr 2018 hinaus? Beabsichtigen Sie, Ihre Zahlungen an die HIV-Stiftung auch künftig in entsprechender Höhe zu leisten?



Sve **Christine Lietz** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)): Die von Ihnen angesprochenen Fälle sind sehr tragisch. Das gilt natürlich für jeden einzelnen Patienten und die Angehörigen. An dieser Tragödie ändert nur wenig, dass sich die Lebenserwartung der betroffenen Patienten verbessert hat. Die Firmen und andere Institutionen haben über Jahrzehnte die Stiftung mitfinanziert. Durch die geplante Gesetzesänderung sind die Betroffenen dauerhaft abgesichert. Auch wenn der bisherige Stifter sich weiterhin in einer Verpflichtung sieht, kann ich die Frage nicht beantworten.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe zu diesem Thema eine Frage an die BAG SELBSTHILFE. Sie haben eine Gruppe von 10 bis 15 Menschen genannt, die, obwohl sie eine durch kontaminierte Blutprodukte verursachte HIV-Infektion haben, nicht von den vorliegenden Regelungen profitieren. Was müsste geändert werden, um diese Menschen nicht zu benachteiligen?

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): In § 15 HIVHG gibt es die Stichtagsregelung 1. Januar 1988. Durch sie sind die meisten Fälle erfasst. Aber es gab eine kontaminierte Charge der Firma Biotest, die nach diesem Zeitpunkt in den Verkehr kam. Hiervon sind 10 bis 15 Patienten betroffen. Sie erhalten keine Entschädigungszahlungen. Wir wünschen uns eine entsprechende Ausnahmeregelung für diesen Personenkreis oder die Streichung der entsprechenden Stichtagsregelung.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Ist nach Ihrer Auffassung die Abgrenzung der Saisonarbeitnehmer, dazu haben Sie bereits kurz Stellung genommen, wie sie im vorliegenden Änderungsantrag 5 vorgenommen wird, ausreichend weit gefasst, um die in Rede stehenden Probleme bei der obligatorischen Anschlussversicherung umfassend zu lösen? Auf diese Frage ist bereits geantwortet worden. Uns interessiert vor allen Dingen, ob es weitere Personengruppen mit ähnlichen Problemen gibt, die von der Regelung nicht erfasst werden, und welche Lösungsmöglichkeiten schlagen Sie für diese Gruppe vor?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Ich habe bereits gesagt, dass wir die Regelung für die Saisonarbeitnehmer begrüßen. Sie erfasst nach unserer Einschätzung den wesentlichen Teil der heutigen Problemfälle. Wir halten es aber für problematisch, die Regelung generell zu erweitern, weil dann die Abgrenzungsfrage entsteht. Für die Saisonarbeitnehmer hat man sicherlich ein gutes Kriterium gefunden. Allerdings müssen wir in Zukunft noch einmal genauer darüber nachdenken, wie mit Versicherten umgegangen wird, bei denen die Kassen erhebliche Schwierigkeiten haben, Kontakt aufzunehmen. Das kann unabhängig von der Berufsgruppe sein. Die Kassen müssen Kontakt aufnehmen, um die obligatorische Anschlussversicherung zu schließen. Dies ist unabhängig davon, ob diese Personen einen Wohnsitz im Ausland haben oder nicht. Das führt nur dazu, dass weiter künstliche Beitragsrückstände aufgebaut werden, weil es sich um Personen handelt, von denen ohnehin keine Beitragszahlungen zu erwarten sind. Dieser Aspekt sollte in Zukunft aufgegriffen werden. Beispielsweise kann man sich vorstellen, dass nach einer Reihe von erfolglosen Versuchen der Kontaktaufnahme, die obligatorische Anschlussversicherung auch rückwirkend beendet werden kann. Dann entsteht keine künstlich Spanne. Wir sind der Auffassung, dieses Thema sollte man in einer breiter angelegten Diskussion erfassen. Denn es muss natürlich weiterhin der Grundsatz der Krankenversicherungspflicht für alle gelten. Gleichzeitig muss man aber daran denken, dass es Grenzen gibt und dass das richtig stabil sein muss. Deshalb sagen wir grundsätzlich, dass es ein Problem gibt, aber das man sehr genau analysieren muss, um Regelungen zu finden, die stabil sind.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die Deutsche Hämophiliegesellschaft. Wir haben vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie gehört, dass er sehr zufrieden ist, dass der Gesetzgeber eine Anschlussfinanzierung übernommen hat, und dass der Verband sich wenig verpflichtet sieht, weiterhin in Leistung zu treten. Welche Erwartungen hat die Deutsche Hämophiliegesellschaft an die Beteiligung der Pharmaindustrie vor allen Dingen im Hinblick auf die Einbeziehung von Patienten, die im Rahmen des HIV-Skandals mit Hepatitis C infiziert wurden?



SV **Björn Drebing** (Deutsche Hämophiliegesellschaft zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten e. V.): Für uns ist es unbedingt erforderlich, dass die Pharmagesellschaften und auch das Deutsche Rote Kreuz (DRK) weiterhin finanziell an der Stiftung beteiligt sind. Denn wir sehen bei diesen beiden Gesellschaften die moralische Verantwortung am HIV-Skandal. Darüber hinaus ist es nicht nur die HIV-Erkrankung, mit der sich unsere Mitglieder durch die verunreinigten Blutprodukten infizierten, es kommt eine Hepatitis C-Erkrankung hinzu. Für diese gibt es bis jetzt überhaupt keine Entschädigungsregelung. Deswegen möchten wir unbedingt an die Pharmazeutische Industrie und auch an das DRK appellieren, sich weiter an den Zahlungen in die Stiftung zu beteiligen, denn wir sehen hier ihre moralische Verantwortung.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an den Deutschen Pflegerat, Herrn Ernst. Durch den Änderungsantrag 8 wird der Qualitätsausschuss zum zentralen Entscheidungsgremium der Pflegeselbstverwaltung. Ich würde gerne von Ihnen wissen, wie Sie die Vertretung und die Mitwirkungsrechte der Verbände der Pflegeberufe in diesem wichtigen Gremium beurteilen. Sehen Sie Verbesserungsbedarfe?

SV **Moritz Ernst** (Deutscher Pflegerat e. V.): Nach den gesetzlichen Regelungen soll im Qualitätsausschuss ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe stimmberechtigt beteiligt werden. Das halten wir für richtig und unabdingbar. Faktisch sind die Pflegeberufe im Qualitätsausschuss derzeit nicht stimmberechtigt vertreten. Warum ist das so? Nachdem sich bei der Gründung des Qualitätsausschusses neben dem Deutschen Pflegerat zwei weitere Kleinverbände für die stimmberechtigte Position der Pflegeberufe benannt hatten, haben die Leistungserbringer dies vor dem Hintergrund der lockeren Soll-Bestimmung zum Anlass genommen, diese Position selbst zu besetzen. Wir nehmen weiter wahr, dass es teilweise grundsätzlichen Widerstand gegen eine stimmberechtigte Beteiligung der Pflegeberufe gibt. Um Blockaden zu lösen, halten wir zwei Dinge für erforderlich. Erstens: Die Beteiligung der Verbände der Pflegeberufe muss von einer Soll- zu einer Ist-Bestimmung werden. Zweitens: Es muss eine Klarstellung dahingehend erfolgen, dass der Deutsche Pflegerat als Vertreter der Verbände

der Pflegeberufe am Qualitätsausschuss beteiligt wird.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Deutschen Landkreistag, Frau Dr. Vorholz. Sehen Sie durch die Änderungen im vorliegenden Gesetz gewährleistet, dass in den Modellkommunen in praxistauglicher Weise ein integrativer Beratungsansatz erprobt werden kann? Wo sehen Sie gegebenenfalls Änderungsbedarfe?

Sve **Dr. Irene Vorholz** (Deutscher Landkreistag (DLT)): Nein, wir halten die Regelungen noch nicht für praxistauglich, so dass sie von den Modellkommunen sinnvoll umgesetzt werden können. Richtig ist die jetzt vorgesehene Änderung, dass die Pflegeberatung nach § 7a bis 7c SGB XI im Wege der Kooperation vor Ort einbezogen werden kann. Das sollte aber insgesamt ermöglicht werden und nicht nur, weil eine Modellkommune nicht in der Lage ist, die Beratung selbst durchzuführen, das wäre sie in jedem Fall, sondern weil es sozialräumlich sinnvoll sein kann. Ebenso wichtig ist die Finanzierung der Modellvorhaben. Diese ist, so wie sie im Gesetz ausgestaltet ist, für die Modellkommune doppelt nachteilig. Ihr eigener Finanzbeitrag ist viel zu hoch. Es ist nämlich nicht nur vorgesehen, und das halte ich für richtig, dass sie ihre Personalkosten für die Beratung einbringen soll, sondern sie soll zudem die Personalkosten für die gesamte Leistungsgewährung einbringen. Das ist viel zu viel. Umgekehrt muss sichergestellt werden, dass der Beitrag der Pflegekasse, wenn das Modell Erfolg hat, erhöht werden kann. Dann gibt es technische Anforderungen an die Zulassung, den Widerruf und die Nachweispflichten, die noch nicht praxistauglich ausgestaltet sind. Es ist im Augenblick zu befürchten, so sehr wir, und das möchte ich betonen, die Modellvorhaben befürworten, dass nicht viele Landkreise und Städte davon Gebrauch machen werden. Das ist aber nicht das Ziel der Regelung.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Caritas, Frau Dr. Fix. Halten Sie es für erforderlich, dass nach Änderungsantrag 9 ermöglicht werden soll, bei der Entwicklung und Erprobung der Personalbemessung von § 36 SGB XI abzuweichen, obwohl hier der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde



liegt? Welche möglichen Risiken sehen Sie damit verbunden?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich hatte hierzu bereits kurz ausgeführt, dass wir Ausnahmen von § 36 SGB XI für absolut gefährlich halten. Denn § 36 SGB XI normiert das Leistungsrecht im SGB XI, und dieses Leistungsrecht muss die Grundlage für die Personalbemessung sein und muss dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nachgebildet werden. Insofern kann es keine Ausnahmen geben. Die damit verbundenen Risiken sind, wenn die Erprobung des Instruments aufgrund von Ausnahmen von § 36 SGB XI erfolgt, dass die Ergebnisse bei der Übertragung in die Echtzeit als nicht valide und nicht reliabel angesehen werden. In der Umsetzungsphase kann die Frage nach dem Stellenwert dieser Personalbemessungserprobung auftauchen, und ob auf dieser Grundlage Verträge und Vergütungen in der Praxis abgeschlossen werden können. Kurzum: Ausnahmen von § 36 SGB XI sind absolut gefährlich. Die entsprechende Änderung im Änderungsantrag ist zu streichen.

Der **Vorsitzende** (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich darf mich insbesondere bei den Sachverständigen ganz herzlich bedanken. Kommen Sie gut nach Hause. Wir sehen uns sicherlich in anderen Zusammenhängen sehr schnell wieder.

Schluss der Sitzung: 19.40 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 1 Nummer 1a (§ 4 Absatz 18 Satz 2 AMG)

(Definition pharmazeutischer Unternehmer)

In § 4 Absatz 18 werden in Satz 2 nach dem Wort „Arzneimittel“ die Wörter „im Parallelvertrieb oder sonst“ eingefügt.

Begründung

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass auch der Parallelvertreiber, der Arzneimittel in Verkehr bringt, für die eine von der Europäischen Union erteilte Genehmigung für das Inverkehrbringen gemäß Artikel 3 Abs. 1 oder 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 vorliegt, pharmazeutischer Unternehmer im Sinne dieses Gesetzes ist und Arzneimittel unter seinem Namen in Verkehr bringt. Dies ergibt sich auch aus von der Europäischen Arzneimittel-Agentur veröffentlichten Hinweisen, wonach der Parallelvertreiber auf der Umverpackung von Arzneimitteln erkennbar sein muss.

Der Hinweis auf den Parallelvertrieb dient insbesondere der Klarstellung, dass der Parallelvertreiber allen Verpflichtungen unterliegt, die das Arzneimittelgesetz dem pharmazeutischen Unternehmer auferlegt. Er ist insbesondere der nach §§ 84 ff für die arzneimittelrechtliche Haftung Verantwortliche.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 64 Absatz 1 Satz 7 AMG)

(Ergänzung der Überwachungsbefugnis für die Aufbewahrung von Aufzeichnungen (externe Archive))

Nummer 8 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

,a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden im ersten Satzteil nach dem Wort „einführen“ die Wörter „oder in denen mit den genannten Tätigkeiten im Zusammenhang stehende Aufzeichnungen aufbewahrt werden“ eingefügt.
- bb) In Satz 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „Wirkstoffen und Stoffen“ die Wörter „sowie die mit den genannten Tätigkeiten im Zusammenhang stehende Aufbewahrung von Aufzeichnungen“ eingefügt.
- cc) Der bisherige Buchstabe a wird Doppelbuchstabe cc.'

Begründung:

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 64 Absatz 1 Satz 1)

In der Praxis besteht insbesondere bei Blut- und Gewebezubereitungen ein zunehmender Bedarf an der Aufbewahrung der Dokumentation auch außerhalb der von den Erlaubnissen erfassten Räume (externe Archive). Aus Gründen der Rückverfolgbarkeit müssen Dokumentationen im Bereich der Blut- und Gewebezubereitungen bis zu 30 Jahre aufbewahrt. Zur Sicherstellung der behördlichen Überwachung wird § 64 Absatz 1 AMG dahingehend ergänzt, dass auch Betriebe und Einrichtungen, die entsprechende Aufzeichnungen aufbewahren (externe Archive), der behördlichen Überwachung unterliegen.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 64 Absatz 1 Satz 2)

Mit der Ergänzung in Satz 2 wird die behördliche Überwachung auf Betriebe und Einrichtungen, die Aufzeichnungen zu Wirkstoffen und anderen zur Arzneimittelherstellung bestimmten Stoffen aufbewahren, erstreckt.

Zu Doppelbuchstabe cc (§ 64 Absatz 1 Satz 3)

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drs. 18/11488

Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 67 Absatz 3b AMG)

(Ergänzung der Anzeigepflicht bezüglich der Aufbewahrung von Aufzeichnungen (externe Archive))

Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

,9. § 67 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „verpacken,“ das Wort „einführen,“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „lagern“ ein Komma und das Wort „einführen“ eingefügt.

cc) In Satz 7 werden nach dem Wort „verpacken“ ein Komma und das Wort „einführen,“ eingefügt.

d) Es wird folgender Satz angefügt:

„Sätze 1 bis 5 und Satz 7 gelten auch für Betriebe und Einrichtungen, die mit den dort genannten Tätigkeiten im Zusammenhang stehende Aufzeichnungen aufbewahren.“

b) Nach Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Betriebe und Einrichtungen, die mit den in Absatz 1 Sätze 1 bis 4 und 7 genannten Tätigkeiten im Zusammenhang stehende Aufzeichnungen außerhalb der von der Erlaubnis nach § 13, § 20b, § 20c, § 52a, § 72b oder § 72c erfassten

Räume aufbewahren lassen, haben dies vor Aufnahme dieser Tätigkeit der zuständigen Behörde anzuzeigen; dies gilt auch für nachträgliche Änderungen.“ ‘

Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 67 Absatz 1 Satz 1)

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstaben bb und cc (§ 67 Absatz 1 Satz 2)

Es handelt sich um Folgeanpassungen an Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe dd (§ 67 Absatz 1 Satz 9 neu)

Durch den neuen Satz 9 wird die Aufbewahrung von Aufzeichnungen (externes Archiv) anzeigepflichtig; dies gilt nach Absatz 3 auch für nachträgliche Änderungen der externen Archivierung, z. B. wenn der Standort des externen Archives gewechselt wird oder ein anderer Anbieter für die externe Archivierung von dem Betrieb oder Einrichtung genutzt werden soll. Durch die Anzeigepflicht wird die für das externe Archiv zuständige Behörde in die Lage versetzt, ihrer Überwachungspflicht nachzukommen.

Zu Buchstabe b

Durch die Anzeigepflicht nach Absatz 3b wird die für den Erlaubnisinhaber zuständige Behörde in die Lage versetzt, ihrer Überwachungspflicht nachzukommen. Die Ergänzung ist erforderlich, weil es sich bei der Aufbewahrung von Aufzeichnungen nicht um eine erlaubnispflichtige Tätigkeit handelt.

Änderungsantrag 1

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 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 Fut-
termittelrecht, das Tierschutzrecht oder das Tierseuchenrecht vorliegt, die Daten
nach den §§ 58a bis 58d an die für die Verfolgung von Verstößen zuständigen Behör-
den 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 Übermitt-
lung bekannt. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und die zuständigen
obersten Landesbehörden dürfen die ihnen nach Satz 2 Nummer 2 übermittelten Daten aus-
schließlich 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 Bun-
destages, 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 Gewebezubereitungen 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 Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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 Vergabe-
verfahren;
Zeitplan und Infor-
mationspflicht)

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 Gewebezubereitungen 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 „Vergütungskürzung“ 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 Anwendung:

1. bei einem planmäßigen und zielgerichteten Verstoß des Einrichtungsträgers gegen seine Verpflichtung zur Einhaltung seiner vereinbarten personellen Ausstattung nach § 84 Absatz 5 sowie
2. bei nicht nur vorübergehenden Unterschreitungen der vereinbarten Personalausstattung.

Dabei ist im Zuge eines beschleunigten Verfahrens und unter Abweichung von Absatz 3 das Einvernehmen über den Kürzungsbetrag unverzüglich herbeizuführen, und die Schiedsstelle hat in der Regel binnen drei Monaten zu entscheiden; 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 Richtlinien für das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung nach Absatz 3a. Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft 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 erforderlichen 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 Gewebezubereitungen 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 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 § 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 Wörter „bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 sind Vertreter dieser Verbände anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft 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 Krankenhausgesellschaft führen ein bundesweites Verzeichnis aller in den nach § 108 zugelassenen 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.