20. Wahlperiode

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll
der 56. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit
Berlin, den 1. März 2023, 14:45 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt 1 **Seite 5**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

BT-Drucksache 20/5334

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Rechtsausschuss
Ausschuss für Klimaschutz und Energie

Gutachtlich:
Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung
Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Mittwoch, 1. März 2023, 14:45 bis 16:15 Uhr
Paul-Löbe-Haus (PLH), Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen[1]

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -Initiativen (BAGP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesverband Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Anwaltsverein e. V. (DAV)
- Deutscher Behindertenrat (DBR)
- Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Verband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)
- Interessensvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV)
- Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e. V. (LSVD)
- Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)
- Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK)
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD)

[1] Auf Vorschlag aller Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

Einzelsachverständige

- Prof. Dr. Steffen Augsberg (Justus-Liebig-Universität Giessen)[2]
- Florian Dagn (Bundeskanzleramt Österreich)[2]
- Prof. Dr. Raimund Geene (Berlin School of Public Health)[3]
- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Vorsitzender Der Paritätischer Gesamtverband)[4]

[2] Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.
[3] Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.
[4] Auf Vorschlag der Fraktion der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

Tagesordnungspunkt 1

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

BT-Drucksache 20/5334

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen, liebe Sachverständige, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer auf der Tribüne, liebe Staatssekretärin Sabine Dittmar, herzliche willkommen allerseits. Ich begrüße Sie zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die erneut eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting ist. Zunehmend mehr Sachverständige sind jetzt wieder im Raum. Sie begrüße ich hier. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit Ihrem Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen, meine Herren, in der heutigen Anhörung geht es um einen Gesetzentwurf der Bundesregierung mit dem Titel „Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland“. Das sind die Drucksachen 20/5334 und 20/5662. Ich umreiße mal ganz kurz den Anhörungsgegenstand, bevor ich dann erläutere, wie die Anhörung vonstattengeht. Der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) kommt laut Bundesregierung mit der Information und Beratung von Patientinnen und Patienten eine zentrale Bedeutung im Gesundheitssystem zu. Auf Grundlage des § 65b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) seit 2001 Einrichtungen gefördert, die Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten, mit dem Ziel, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Bislang war eine Vergabe der Fördermittel an verschiedene Einrichtungen für jeweils eine Laufzeit von zuletzt sieben Jahren vorgesehen. Mit Blick auf die nun angestrebte Neustrukturierung und Verstetigung der UPD, will die Bundesregierung mit ihrem Gesetzentwurf die UPD in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen überführen. Zur Umsetzung soll die UPD neu strukturiert und im Rahmen einer rechtsfähigen Stiftung bürgerlichen Rechts verstetigt werden. Mit der Stiftung soll eine juristische Person des Privatrechts errichtet werden, die den Anforderungen an Unabhängigkeit, Staatsferne und Kontinuität umfassend Rechnung trägt. Bei der Ausgestaltung des Vorstands der Stiftung soll den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen eine wesentliche Rolle zukommen. Durch die Mitwirkung dieser Organisationen soll insbesondere ein Informations- und Beratungsangebot sichergestellt werden, das sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert und den Vorgaben des Koalitionsvertrags Rechnung trägt. Dazu liegen zwei Änderungsanträge der Fraktion der CDU/CSU auf Ausschussdrucksache 20(14)82.1[1] vor, wodurch das Transfusionsgesetz (TFG) geändert werden soll, um eine diskriminierungsfreie Auswahl der spendenden Personen ohne Berücksichtigung der sexuellen Orientierung zu gewährleisten. Und ein weiterer Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU auf Ausschussdrucksache 20(14)82.3[2], der eine Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte in der vertragsärztlichen Versorgung beabsichtigt. Der Gesetzentwurf und die zwei Änderungsanträge sind Bestandteil der Anhörung. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten werden gemäß der Stärke der Fraktionen auf drei Frageblöcke verteilt. Insgesamt haben die Fraktionen folgende Fragezeiten: SPD 25 Minuten, CDU/CSU 24 Minuten, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 15 Minuten, FDP 11 Minuten, AfD 10 Minuten und DIE LINKE. 5 Minuten. Wenn Sie sich möglichst kurz fassen, können viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Die aufgerufenen Sachverständigen müssen an mehrere Dinge denken. Erstens ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten – hier im Raum das Mikrofon an- und auszuschalten – und

[1] Änderungsanträge der Fraktion der CDU/CSU

[2] Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU

jedes Mal, das kennen die, die häufig dabei sind, Namen und Verband vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns auf dem Videowürfel im Saal zu sehen und zu hören. Nun kommt etwas, was neu ist. Die Sachverständigen müssen entsprechend der neuen Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessensverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Vielen Dank allen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Wenn die Mobiltelefone klingeln, das kennen die meisten auch, dann kostet es fünf Euro für einen guten Zweck. Dieses Mal gibt es keine Übertragung der Anhörung und sie ist später auch nicht in der Mediathek zu sehen. Das gesprochene Wort gilt und es wird nachher verschriftlicht. Das Wortprotokoll ist später entsprechend nachlesbar. Der Patientenbeauftragte Herr Schwartze ist auch anwesend. Herzlich willkommen. Auf der Besuchertribüne müssen Sie im Wesentlichen berücksichtigen, dass Sie weder Beifalls- noch Unmutsbekundungen tätigen dürfen. Sie dürfen auch nichts mit dem Handy aufzeichnen. Dass Sie dabei sind und zuhören, darüber freuen wir uns. Jetzt beginnen wir mit der SPD, zunächst im ersten Block mit 13 Minuten.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich als Erstes die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE). Die maßgeblichen Patientenorganisationen erhalten das Recht, dem Stiftungsrat einvernehmlich zwei natürliche Personen zur Berufung zum Stiftungsvorstand vorzuschlagen. Wie bewerten Sie diese Regelung im Blick auf möglichst schlanke Strukturen und bezüglich der angestrebten Unabhängigkeit der Informations- und Beratungstätigkeit der Stiftung von wirtschaftlichen und sonstigen Interessen Dritter?

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Zu den Interessenkonflikten erkläre ich, dass ich keine finanziellen Interessen habe. Es ist so, dass ganz grundsätzlich hervorzuheben ist, dass diese Neuaufstellung der UPD insofern zu begrüßen ist, dass die Patientenorientierung sich auch in der Besetzung der Gremien der künftigen Stiftung niederschlägt. Insofern ist es aus unserer Sicht sehr zu begrüßen, dass es dieses Vorschlagsrecht der maßgeblichen Patientenorganisationen hinsichtlich des Stiftungsvorstandes gibt. So ein Stiftungsvorstand sollte aus unserer Sicht nicht allzu breit mit Personal ausgestattet sein, weil der Entscheidungsfindungsprozess sonst recht komplex wird. Insofern setzten wir darauf, dass die maßgeblichen Patientenorganisationen hier mit ihrem Vorschlagsrecht Personen sozusagen auch finden werden, die Effizient und Wirkungsvoll die Ziele der Stiftung dann auch umsetzen können.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). In der Diskussion zum vorliegenden Gesetzentwurf wird die Sorge geäußert, dass eine direkte Finanzierung durch den GKV-Spitzenverband und die Private Krankenversicherung den Eindruck einer gewissen Abhängigkeit der Stiftung von den Krankenkassen vermitteln würde. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund eine Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds analog zum Innovationsfonds?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich habe keine finanziellen Interessenskonflikte. Die Zuweisung wird dann durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erfolgen. Optisch würde dann der Eindruck der Kassennähe minimiert. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass bei einer Finanzierung unmittelbar durch das BAS, die PKV an der Finanzierung nicht mehr beteiligt wäre. Der zweite ganz wichtige Punkt: Wir alle kennen die verfassungsrechtlichen Fragen, die der Wissenschaftliche Dienst in seiner Aufzeichnung aufgeworfen hat. Diese verfassungsrechtlichen Fragen würden durch eine Finanzierung durch das BAS nicht gelöst werden, denn auch bei den Zuweisungen, die durch das BAS erfolgen würden, handelt es sich natürlich um Beitragsmittel.

Abg. **Heike Engelhardt** (SPD): Meine Frage geht ebenfalls an den G-BA. Mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

(IQWiG) und dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) haben Sie erhebliche Erfahrungen mit der Errichtung von Stiftungen des Privatrechts. Sind nach Ihrer Einschätzung die Errichtung und die Operationalisierung der Stiftung bis zum 1. Januar 2024 jetzt überhaupt noch möglich? Sehen Sie vor der Hintergrund Ihrer Erfahrungen weitere Aspekte, die wir jetzt gesetzlich regeln müssen, damit wir keine Verzögerungen bei der Errichtung der Stiftung in Kauf nehmen müssen?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Letztlich kann diese Frage seriös natürlich nur durch die Stiftungsaufsicht beantwortet werden. Aber wenn im Gesetzentwurf, und das scheint hier in der derzeitigen Fassung der Fall zu sein, die Besetzung der Gremien, die Zusammenarbeit der Gremien, die Bestellung der Gremienmitglieder in einer Art und Weise geregelt ist, dass diese „Copy and Paste“ in eine mögliche Stiftungssatzung übernommen werden könnten, dann scheint es mir mit allen Vorbehalten natürlich aber noch realistisch, bis zum 1. Januar 2024 beziehungsweise 31. Dezember diesem Jahres eine Stiftung zu errichten. Immer unter dem Vorbehalt der Stiftungsaufsicht. Beim IQTIG ist das in einen halben Jahr gelungen. Vorausgesetzt wäre hier auch eine schnelle Verabschiedung des Gesetzes.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die UPD. Der Kabinettsentwurf sieht keine Übernahme des derzeitigen qualifizierten Beratungspersonals in die neue Stiftung vor. Stattdessen wird darauf hingewiesen, dass es den Beraterinnen und den Beratern freisteht, sich bei der neuen UPD zu bewerben. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag mit Blick auf die Sicherung der Funktionsfähigkeit der Stiftung zum 1. Januar 2024? Gehen Sie dabei bitte auch auf Ihre Erfahrung bei der Personalgewinnung aus den letzten Jahren ein.

SV **Thorben Krumwiede** (Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD)): Wir sind momentan Fördermittelempfänger, aber es besteht sonst keine finanzielle Verpflichtung. Die aktuelle Situation ist für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unklar. Um das ganz klar zu sagen: Wir haben heute hier im Raum einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich das ganze aus der Nähe anschauen wollen, um einfach auch zu sehen, was passiert denn aktuell. Es ist für die Mitarbeiter schwer verständlich, dass genau diese Aussagen im Raum stehen. Es gibt aus der Bundestagsdebatte vom 26. Januar 2023 eine andere Aussage vom Gesundheitsminister, der gesagt hat, in einer Kann-Formulierung „es sollten“ – aber die ist natürlich auch nicht sicher. Was wir merken bei uns ist, dass der Braindrain einsetzt. Die Mitarbeiter der UPD verlassen die UPD, werden sie verlassen, davon gehen wir in unseren Planungen aus, sodass wir davon ausgehen, wenn es nicht sehr zeitnah eine konkrete Perspektive gibt, tatsächlich das Beratungsangebot so nicht mehr erhalten werden kann beziehungsweise die Mitarbeiter sich einfach umorientieren und wahrscheinlich auch sehr schnell andere Positionen, andere Arbeitsangebote und Jobs finden werden und diese dann annehmen werden. Es macht schwieriger, sie überhaupt zu verstehen, die Arbeit der UPD erhält sehr viel Lob und Anerkennung von außen. Wir haben es in der Pandemie gesehen. Wir haben es auch in anderen Punkten gesehen, dass es hier einfach keine klare Perspektive gibt. Ich gehe davon aus, dass es dieses Angebot, es ist eine klare Perspektive, spätestens bis Mitte des Jahres geben sollte, denn dann wird es am Ende kein Personal mehr geben, was in eine neue Struktur übergehen kann. Ich kann es aus der Vergangenheit sagen. Wir hatten im Jahr 2015/2016 eine etwas andere Situation. Wir hatten eine Ausschreibung und zu diesem Zeitpunkt, also Monate vorher, lag bereits ein Konzept vor, auf dass man sich einrichten konnte. Der Zuschlag erfolgte damals sehr spät, es war der September und wir haben gesehen, wie schwierig es ist, Personal zu finden. Das ist das eine. Aber aus diesem Personal auch gute Beraterinnen und Berater zu machen, das ist einfach etwas, was Zeit braucht, was auch nicht in ein oder zwei Monaten erledigt ist. Da gehört viel Beratungserfahrung dazu, da gehört sehr viel Zeit dazu, damit sich diese Mitarbeiter auch auf diese Aufgaben einstellen können. Ich gehe nicht davon aus, dass unter diesen Bedingungen einfach am 1. Januar 2024 eine funktionsfähige UPD mit Beraterinnen und Beratern da ist und Beratungsleistung anbieten kann.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen (ESV) Prof. Dr. Geene. Für die Erfüllung des Stiftungszwecks soll die

Stiftung nach dem Gesetzentwurf bundesweit ein zentral organisiertes digitales, telefonisches und regionales Informations- und Beratungsangebot vorhalten. Inwieweit halten Sie die gesetzlich vorgesehen Struktur der Informations- und Beratungsangebote für geeignet mit Blick auf die im Gesetzentwurf genannten Ziele der UPD?

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene**: Ich bin unabhängiger Sachverständiger und habe keine Interessenskonflikte. Es erscheint in diesen Zusammenhang wichtig, darauf hinzuweisen, dass eine solche Wissensplattform schon früher bestand in enger Zusammenarbeit mit dem IQWiG, inzwischen auch wieder neu aufgebaut wurde und daran auch weiter gearbeitet werden sollte. Dabei wäre es insbesondere wichtig, dass diese Wissensplattform auch mit einem konkreten Kooperationskonzept hinterlegt werden soll. Von dieser Wissensplattform, die dann die zentrale Stelle vorhält, sollten einerseits regionale Stellen profitieren können, aber gleichzeitig auch alle anderen Partner der Patientenberatung. Die Patientenberatung sollte sich idealerweise, so haben wir es im Beirat auch immer wieder diskutiert, als ein kordierendes Netz verstehen, in dem Patientenberatung insgesamt auf ein hohes Niveau gehoben wird, am dem auch die Partner wie die Selbsthilfekontaktstellen, die Pflegestützpunkte mitwirken. Dafür braucht es ein Kooperationskonzept zur Mitnutzung und Synergiegewinnung. Ich würde sehr dafür plädieren, dass man diesen Punkt auch in § 65b Abs. 2 zusätzlich explizit mit aufnimmt. In der schriftlichen Stellungnahme habe ich es auch im Einzelnen aufgeführt.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Als Stifter soll den GKV-Spitzenverband nach dem Gesetzentwurf eine maßgebliche Rolle bei der Errichtung der künftigen UPD zukommen. Gleichzeitig tragen Sie in Ihrer Stellungnahme erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken vor. Diese müssen Sie hier nicht erneut im Detail vortragen. Wichtig wäre für uns aber zu wissen, wo sie bei dem vorliegenden Gesetzentwurf aus verfassungsrechtlicher Sicht Möglichkeiten zur Nachbesserung sehen?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Keine finanziellen Abhängigkeiten in diesem Thema. Ich würde gern den Blick nach vorn wenden, der in Ihrer Frage drinnen steckt. Es ist schon angesprochen worden, es gibt unterschiedliche juristische Stellungnahmen unter anderem des Wissenschaftlichen Dienstes, der mindestens deutlich macht, dass Regelungen, die der Gesetzentwurf enthält, kritisch sein können verfassungsrechtlich. Wir wollen als GKV-Spitzenverband das Ziel gern konstruktiv unterstützen, eine Verstetigung des Angebots zu erreichen. Die Zeit ist knapp, das ist deutlich geworden. Dabei sind es im Wesentlichen zwei Dinge, die eine wichtige Rolle spielen. Um dem ersten verfassungsrechtlichen Einwand oder den Argumenten und Bedenken zu begegnen, geht es darum: Reicht der Bezug auf die Gesamtbevölkerung, sodass der Bundesgesetzgeber das so regeln kann unter dem Titel Sozialversicherung? Wir glauben, dass es so nicht geht. In Übereinstimmung mit der Literatur heißt in der Konsequenz, die Personengruppe, welche durch das Beratungsangebot einer zukünftigen UPD erreicht werden soll, muss auf die Beitragszahler in der GKV bezogen werden. Ansonsten lässt sich überhaupt nicht rechtfertigen, dass die GKV entsprechend finanzieren soll. Wenn man ein anderes Konzept will, dann Steuerfinanzierung. Der zweite Punkt ist, es geht darum, dass die Antragsgelder von Arbeitgebenden und Versicherten, die nach den Prinzipien, die für öffentliche Institutionen gelten, dann auch sachgerecht verwaltet werden müssen. Diejenige Institution, die die Mittel aufbringt und die Vertreterin der Beitragszahlenden ist, muss auch sicherstellen können, dass es in Praxis so geschieht. Die jetzige vorgesehene Regelung hinsichtlich der Möglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes mit einem Sitz im Stiftungsrat und keiner Möglichkeit seiner Grundverpflichtung, eine wirtschaftlich und rechtlich korrekte Mittelverwendung sicherzustellen, passt da nicht zusammen. Das ist das zweite verfassungsrechtliche Bedenken. Es muss also an den beiden Stellen entsprechend nachgeschoben werden. Letzte Bemerkung: Der Gesetzgeber wird beabsichtigen, die Summe an sich per Gesetz festzulegen. Es ist für alle Beteiligten sicherlich gut möglich zu sagen, niemand will sich gegen eine transparente, nachvollziehbare und den öffentlichen Regeln entsprechende Mittelverwendung wehren, dann kann man auch sagen, dass der

GKV-Spitzenverband dazu auch die notwendigen gestalteten Einflussmöglichkeiten im Stiftungsrat hat. Das ist der Vorschlag an den zwei Stellen.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Ich würde da gleich weiter machen, beim GKV-Spitzenverband, bei Herrn Kiefer. Einerseits würde mich interessieren: Wie zeitaufwendig schätzen Sie die Zeitabläufe von der Errichtung der Stiftung bis zur Aufnahme der Beratungstätigkeit ein? Sie können auch gern die verfassungsrechtlichen Bedenken, die Sie gerade angesprochen haben, noch ein bisschen vertiefen, wenn Sie das wollen.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Nochmal ein, zwei Bemerkungen zur verfassungsrechtlichen Problematik. Ich glaube, sowohl die im letzten Quartal im vergangenen Jahr hier vorgetragenen Äußerungen von Prof. Thüsing als auch beispielsweise ein Vortrag von Prof. Axer im Februar als auch die Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes sagen: Wenn der Bund Gesetzgebungskompetenz über Sozialversicherung, also Artikel 72 Grundgesetz (GG), wenn ich es richtig zitiere, hat, dann muss er auch Sozialversicherung regeln und kann nicht die ganze Bevölkerung adressieren. Dies ist der entscheidende Punkt. Daraus muss ganz eindeutig dann entsprechend auch die Konsequenz gezogen werden, wenn man die Risiken ausschließen will. Der zweite Punkt, man kann nicht mit Beitragsgeldern der Krankenversicherung agieren, bezogen auf Gesamtgesellschaft und denjenigen, die sich legitimiert um die Vertretung zu kümmern haben, keinen Einfluss auf die korrekte Mittelverwendung übertragen. Das passt dann auch nicht zusammen nach dem Prinzip der Auslegung und rechtsgutachtlichen Äußerungen zu den Artikel 87 GG. Zum zweiten Aspekt der Frage: Herr Prof. Hecken hat es angesprochen, ich würde es mal etwas anders intonieren, die Gründung einer Stiftung in der verbleibenden Zeit des Jahres 2023. Mal unterstellt, es käme ein Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. April 2023 zustande – das ist ziemlich ambitioniert, weil sowohl der Stiftungszweck im Detail zu definieren wäre, abzustimmen mit dem Patientenbeauftragten und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Hochachtung für die Berliner Stiftungsaufsicht gebietet es zu sagen, dass sie natürlich selbstständig entscheidet. In Moment gibt sie auf ihrer Homepage eine durchschnittliche Mindestbearbeitungsdauer von drei Monaten an. Insofern ist es ziemlich auf Kante genäht. Inhaltlich ist das Interesse eine Lösung zu finden, die dann mindestens rechtsfähig zum 1. Januar 2024 am Start ist, ausgesprochen ambitioniert und knapp. Wenn die rechtlichen Voraussetzungen klar sind und wir nicht derartige Zweifel hätten, dass wir rechtliche Schritte einleiten müssen, machen wir natürlich alles, um das möglich zu machen, was das deutsche Parlament beschließt, aber es ist genau der Knackpunkt.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den ESV Prof. Dr. Augsberg. Auch von Ihrer Seite die Frage: Halten Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene Finanzierung der UPD für sachgerecht? Sehen Sie geeignete andere Stiftungsgeber als den im Gesetzentwurf vorgesehenen GKV-Spitzenverband, vor allem dann, wenn tatsächlich eine Klage ergehen würde, dass das nicht mit der Verfassung in Einklang zu bringen ist?

ESV **Prof. Dr. Steffen Augsberg**: Ich habe keine finanziellen Eigeninteressen an dieser Thematik. In der Tat hängen in dieser Konstellation Finanzierungs- und Organisationsfragen eng miteinander zusammen. Man kann den Eindruck haben, dass der Gesetzentwurf so versucht, wie der Volksmund sagt, eine eierlegende Wollmilchsau zu konstruieren, um damit letztlich den kompetenzrechtlichen Begrenzungen des GG zu entgehen. Das angesprochene Problem, dass eine allgemeine Beratung eigentlich außerhalb des versicherungsrechtlichen Regelungsregimes liegt, wird dann dadurch in den Griff zu bekommen versucht, dass man sagt, das soll doch bitteschön der GKV-Spitzenverband in Form einer Stiftung machen. Dass das funktioniert, daran, das klang eben schon mehrfach an, doch erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken, die ernst zu nehmen sind, weil es auf der Hand liegt, dass es eine Umgehungsstrategie ist, was hier gefahren wird. Dieses Konstrukt, diese Gemengelage aus öffentlich rechtlichen und privatrechtlichen Elementen mit verschiedenen Kompetenzgrundlagen, die hier herangezogen werden, ist von Anfang an ziemlich baufällig, wenn sie denn überhaupt Standfestigkeit garantieren kann. Das müsste man genauer untersuchen und sich nochmal genauer fragen, warum nicht eine andere Form der Finanzierung,

steuerfinanziert, auch eine andere Form von Organisation, direkter durch öffentlich rechtliche Einheiten, insbesondere durch den Bund, in den Blick genommen werden kann. Da gibt es dann sicherlich auch verfassungsrechtliche Probleme, die in den Griff zu bekommen wären. Aber ich glaube, das wäre die saubere Lösung. Ein Gutteil der Probleme, die hier zu bewältigen sind, entstanden aus dieser eigenartigen Formulierung der Staatsferne, für die es, verfassungsrechtlich gesehen, keine gute Begründung gibt.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den ESV Florian Dagn aus dem Bundeskanzleramt Österreich. Die Frage ist: Wie bewerten Sie das sogenannte österreichische Modell hinsichtlich des Ziels eines diskriminierungsfreien Blutspendens durch homosexuelle Personen einerseits und gleichzeitig höchster Sicherheit bei der medizinischen Reinheit des Spenderblutes beziehungsweise der Blutprodukte im Interesse der Sicherheit der Empfänger anderseits? Sehen Sie die Einführung des sogenannten österreichischeren Modells in Österreich im Sinne des vorliegenden Änderungsantrags der CDU/CSU-Fraktion entsprechend positiv?

ESV **Florian Dagn**: Ich habe keine Interessenskonflikte. Ja, wir haben im September 2022 ein neues Modell der Blutspendeverordnung beziehungsweise bei der Blutspende eingeführt, die besagt, dass wir auf das individuelle Risikoverhalten einzelner Personen abstellen. Bis zu diesem Zeitpunkt waren Männer, die Sexualkontakte mit Männern hatten, von der Blutspende ausgeschlossen. Wir haben in der Blutspendeverordnung das individuelle Risikoverhalten als ein Ausschlusskriterium für die Blutspende definiert. Ich glaube, wichtig ist zu erwähnen, dass es bei der Blutspende beziehungsweise bei Blutspendeverordnungen immer um die zwei Punkte Blutspendesicherheit und Versorgungssicherheit gehen muss. Wir haben in Österreich eine sehr hohe Versorgungssicherheit bei Blutspenden und ebenso eine sehr hohe Blutsicherheit. Es war somit auch auf Basis der grundlegenden Fakten, die uns gegeben sind, aufgrund von Kohortenstudien durchaus möglich, auch die Blutspende auf die Rückstellungfristen für individuelles und gefährlicheres Sexualverhalten zurückzustellen, da auch die Tests besser worden sind, auf Hepatitis beziehungsweise auf HIV. Dementsprechend haben wir uns auf eine dreimonatige Rückstellfrist mit dem Gesundheitsministerium beziehungsweise der Blutspendekommission in Österreich geeinigt. Dass deshalb, weil es eine gewisse Inkubationszeit gibt, die zu berücksichtigen ist und die in der Regel, und da beziehe ich mich sogar auf einen Bericht des Deutschen Bundestags, des Wissenschaftlichen Dienstes, mindestens sechs Wochen beträgt. Unsere Experten haben uns dann gesagt mit einer Rückstellfrist von drei Monaten bei einem Risikoverhalten könnten wir die Blutsicherheit trotzdem sehr hochhalten beziehungsweise kaum im minimalsten Bereich verringern. Das geht auch deshalb, weil mehr Leute zur Blutspende zugelassen sind, einfach auch statistisch gesehen. Die Versorgungssicherheit wird erhöht, indem mehr Menschen zur Blutspende zugelassen sind. Der Hauptgrund war die Abwägung zwischen Blut- und Versorgungssicherheit. Ich glaube, wir haben in Österreich hier ein Modell gefunden, wo wir jetzt eine diskriminierungsfreie Blutspende sicherstellen und trotzdem Blut- und Versorgungssicherheit im Vordergrund haben.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den Sozialverband VdK. Überwinden wir an dieser Stelle die Bedenken im Hinblick auf die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Art und Weise der Gründung und blicken nach vorne auf das Konzept. Daraus ergibt sich die Frage: Wie dicht müssen die Präsenzen zwischen Beratungsstellen in der Fläche sein oder in welcher maximaler Entfernung zum Wohnort müssten Beratungsstellen existieren? Wie viele Beratungsstellen sind dafür erforderlich? Wie weit kann dieser Bedarf durch existierende Beratungsstellen abgedeckt werden?

SV **Frank Weniger** (Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK)): Es bestehen keine Interessenskonflikte. Es wäre sehr schön, jeder Mensch in Deutschland hätte eine Beratungsstelle der UPD, die direkt in einer halben Stunde Autofahrt erreichbar ist. Das wird aber durch zwei Faktoren begrenzt. Einmal durch die regionale Vernetzung, denn es geht nicht nur darum, wie kommen die Bürger dorthin und in welcher Zeit, sondern auch darum, was die Beratungsstelle vor Ort nicht nur in rechtlicher Hinsicht leisten kann, sondern auch an

Vernetzung von Arztpraxen, anderen Beratungsstellen usw. Das muss mitbetrachtet werden. Zweiter begrenzender Faktor ist natürlich: Was ist in der Kürze der Zeit noch hinzukriegen an Beratungsstellen? Irgendwie muss man anfangen. Wenn man das alles ineinander mengt, hält der VdK einen ersten Ansatz von Beratungsstellen in Höhe von 30 für machbar.

Abg. **Diana Stöcker** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Frau Dr. Arnade von der Interessensvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL). Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene Kompetenzverteilung zwischen Stiftungsrat und Vorstand?

SVe **Dr. Sigrid Arnade** (Interessensvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL)): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Ich denke, die Kompetenzverteilung zwischen Stiftungsvorstand und Stiftungsrat könnte noch optimiert werden. Es ist schon mal gut, dass der Stiftungsrat, da vor allem die maßgeblichen Patientenorganisationen, die auch die Mehrheit im Stiftungsrat bilden sollen, das Vorschlagsrecht hat für die Personen im Stiftungsvorstand. Ich denke, dass der Stiftungsrat nur zweimal im Jahr tagt und dann informiert werden soll, ist viel zu wenig. Der Stiftungsrat müsste wesentlich weitere Kompetenzen haben, gerade wenn es den Gesetzgeber damit ernst ist, dass er die maßgeblichen Patientenorganisationen wirklich in eine tragende Rolle bringen will. Das würde schon mal bedeuten, dass die maßgeblichen Patientenorganisationen auch bei der Stiftungssatzung ein Wörtchen mitzusprechen haben und diese mitformulieren, zumindest wenn sie einvernehmliche Vorschläge machen. Einen entsprechenden Satz könnte man in Absatz 3 des Paragrafen einfügen. Sodann wäre es wichtig, dass der Stiftungsrat häufiger als zweimal im Jahr zusammen kommt. Ich würde sagen in der Anfangszeit monatlich und vielleicht nach zwei Jahren oder nach der Aufbauphase mindestens vierteljährlich. Außerdem ist es wichtig oder schlagen wir vor, dass eine Person aus den Stiftungsrat auch dem Stiftungsvorstand angehört, dass der Stiftungsvorstand also dreiköpfig ist; die zwei Personen, die vorgeschlagen werden, und einer aus dem Stiftungsrat, sodass der Stiftungsrat immer mit einer Person im Stiftungsvorstand vertreten ist. Außerdem sollten die Vertreterinnen und Vertreter der Patientenorganisationen auf sieben aufgestockt werden. Bisher sind sechs vorgesehen. Das setzt sich dadurch zusammen, dass wir im Gesetz vier maßgebliche Patientenorganisationen haben und der Deutsche Behindertenrat (DBR) drei Säulen hat. Das würde aber bedeuten, dass VdK und SoVD sich immer streiten müssen, und das wollen wir ja alle nicht. Also brauchen wir vier Sitze für den DBR. Das würde dann bedeuten, dass sieben maßgebliche Patientenorganisationen im Stiftungsrat vertreten sind.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) bezüglich der Zusammensetzung und der Arbeit des Vorstandes. Mich würde interessieren, was Ihre Vorstellungen sind, wie die Patientenorganisationen Einfluss auf und im Vorstand ausüben sollten und wie sich sicherstellen lässt, dass eine gut arbeitende Geschäftsführung durch den Vorstand möglicherweise beaufsichtigt wird?

SV **Thomas Moormann** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Es bestehen keine Interessenskonflikte. Die Frage zum Vorstand, zur Vorstandskonstruktion: Es wurde die gewünschte wesentliche Rolle der Patientenorganisation stark betont. Aktuell sind eine Mitgliedschaft von sechs Patientenorganisationen im Stiftungsrat und das Vorschlagsrecht für den Vorstand geplant. Das ist nicht nichts, aber das ist keine enge Einbindung der Patientenorganisation in die Ausgestaltung der Stiftung und der Beratungsstrukturen. Das würde bedeuten, dass die Patientenorganisationen weder an der Ausgestaltung noch an der wichtigen Aufgabe, auch Problemlagen zu identifizieren und weiterzutragen ganz schnell auch weiterzutragen, partizipieren könnten und das unterstützen könnten. Die Arbeitsfähigkeit der Stiftung ist ein ganz wichtiger Punkt. Wir hätten aktuell zwei hauptamtliche Vorstände, die gleichzeitig geschäftsführend tätig werden. Das ist aus unserer Sicht keine arbeitsfähige Struktur. Wenn man es vergleichen würde mit der IQWiG-Stiftung oder auch der IQTIG-Stiftung, dann ist das deutlich weniger, denn die haben fünf beziehungsweise neun ehrenamtliche Vorstände. Wichtig ist aus unserer Sicht auch die Trennung der Aufgaben in strategische Aufgaben und in operative Aufgaben. Strategische Aufgaben sind zum

Beispiel die Erstellung der Konzepte und die Weiterentwicklung der Konzepte, die Sicherstellung der Niedrigschnelligkeit, der Barrierefreiheit, der Fokus auf vulnerable Gruppen, das ist ganz wichtig. Die Binnenkontrolle der Geschäftsführung dem gegenüber, die eine hauptamtliche Geschäftsführung, wie wir sie uns wünschen würden, wäre zuständig für die operative Umsetzung, für die Organisation der räumlichen wie personellen Beratungsstrukturen, das Vertragsmanagement, die Personalrekrutierung und und und. Das sind ganz viele Aufgaben. Zwei Personen, die das hauptamtlich machen sollen, wären zu wenig. Diese Gestaltung des IQWiG hat sich seit vielen Jahren sehr bewährt. Wir brauchen schlanke Strukturen, das ist richtig, aber die zwei Personen sind eindeutig zu wenig aus unserer Sicht.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann würde ich jetzt gerne eine Frage sowohl an Herrn Prof. Dr. Rosenbrock als auch an Herrn Dr. Danner stellen. Wie stellen Sie sich das Verfahren zur Besetzung des Stiftungsrates vor. Findet das, was jetzt im Gesetzentwurf formuliert ist, auch Ihre Zustimmung oder wünschen Sie sich möglicherweise das anders?

ESV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock:** Keine Interessenskonflikte. Es ist klar, dass der Stiftungsrat mit seinen jetzt 13 Mitgliedern im Zentrum der Organisation steht und praktisch für die Entwicklung von Strategie und für die Beaufsichtigung der laufenden Geschäfte zuständig ist. Es ist auch gut, dass dort die Stakeholder, also der/die Patientenbeauftragte, die sechs Patient:innenvertreter:innen, die Legislative, die Exekutive und die Finanzierungsseite, also die Stakeholder, vertreten sind. Nicht sachgerecht erscheint es mir, dass die Patient:innenvertreter:innen im Stiftungsrat von der oder dem Patientenbeauftragten im Einvernehmen mit den BMG benannt werden sollen. Die nach § 140g identifizierten maßgeblichen Organisationen sind aus meiner Sicht durchaus in der Lage, selbst zu bestimmen, wer sie vertreten soll. Diese zusätzliche zweite Hürde, dass sie quasi von der oder dem Patientenbeauftragten und vom BMG akkreditiert werden sollen, ist eigentlich eine Diskriminierung gegenüber den anderen Funktionsgruppen. Das Parlament, die Exekutive, die Versicherungsseite, die entsenden ihre Vertreter ohne eine zusätzliche Akkreditierung. Insoweit ist es gar nicht einzusehen, warum das nicht gehen soll. In der Begründung zum Gesetzentwurf steht, es sei nicht praktikabel – ohne Begründung. Es ist mir völlig unklar, woraus dieser Schluss gezogen werden kann, weil die Erfahrung zeigt, dass das gehen kann. Man kann sagen, wenn die sich in sechs Monaten nicht einig werden können, dann soll der oder die Patientenbeauftragte Ersatzvornahme machen, wie man es in vielen anderen Fällen auch hat. Die jetzige Lösung ist einfach nur diskriminierend. Vielleicht noch ein Wort zur weiteren Struktur. Ich halte einen zweiköpfigen Vorstand für die Geschäftsführung für eine richtig gute Konstruktion. Ich warne mit allen Nachdruck davor, in den Vorstand, der für die Geschäftsführung zuständig ist, unterschiedliche Funktionsgruppen, also Hauptamt und Nebenamt, miteinander zu mischen. Ich mache seit vielen Jahren Verbandsführung, seit über zehn Jahren den Paritätischen Gesamtverband mit 15 Landesverbänden. Ich habe Erfahrungen. Ich kann nur sagen: Versuchen Sie das bitte nicht! Das geht mit ziemlicher Sicherheit schief, wenn Sie in der Geschäftsführung Hauptamt mit Exekutivverpflichtung und Ehrenamt quasi als internen Beobachter haben. Die Berichtspflichten und die Aufsichtspflichten zwischen Stiftungsrat einerseits und Stiftsvorstand andererseits sind durch entsprechende Interpretationen, es ist ansonsten ganz gut gelungen, in Absatz 4 und 5 des Gesetzesentwurfes hinreichend umrissen.

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Ich kann mich Herrn Prof. Rosenbrock nur anschließen. Die jetzige Regelung in Absatz 6 Satz 3 kommt schon sehr paternalistisch daher. Wir sind durchaus in der Lage als Patientenorganisation, selbst die Vertretenden zu entsenden. Wir machen das verantwortungsbewusst beim Bundesausschuss, beim Innovationsausschuss, bei vielen Gremien im Gesundheitswesen, wo es auch um sehr verantwortungsvolle Aufgabenstellungen geht. Insofern würde ich es begrüßen, wenn man das Modell § 140f mit „Einvernehmen“ hier auch nehmen würde. Ich habe in den Stellungnahmen gelesen, dass es ein Modell wäre, einzelne Verbände sozusagen aufzuführen und die dann mit der Entsendungsaufgabe zu betrauen. Das kann man machen, aber ich persönlich würde das

Modell „Einvernehmen“ nach § 140f favorisieren. Ein Wort noch zur Anzahl der Vertreter: Es wurde vorhin schon gesagt, es wäre hilfreich, wenn es sieben Vertreterinnen und Vertreter aus den Patientenorganisationen wären, weil wir dann die ganze Bandbreite der Organisationen abbilden könnten. Hinsichtlich des Vorstandes möchte ich noch anmerken, dass es ein Modell gibt beim Medizinischen Dienst Bund (MD Bund), wo Herr Gronemeyer und Frau Engler als Vorstände die geschäftsführenden Aufgaben wahrnehmen und wo es auch funktioniert. Es wurden vorhin andere Beispiele genannt. Das Beispiel MD Bund ist eines, wo das mit den zweiköpfigen Vorstand gut funktioniert.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Meine erste Frage richtet sich an den Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV), Herrn Dr. Reuter. Sie haben mit Blick auf die Verpflichtungen der PKV zur Finanzierung der UPD Stiftung verfassungsrechtliche Bedenken formuliert. Wäre der PKV denn bereit, eine solche Stiftung auf freiwilliger Basis zu finanzieren, wenn man die Regelungen dementsprechend ausgestaltet würde? Wenn das der Fall wäre: Auf welche Weise könnten und würden Sie die Freiwilligkeit dem Gesetzgeber zusichern können?

SV **Dr. Florian Reuther** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Es bestehen keine Interessenskonflikte. Die UPD ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es ist aus den vorherigen Äußerungen nochmal deutlich geworden und das soll durch den neuen Gesetzentwurf noch gestärkt werden, indem die Unabhängigkeit auch institutionell unterfangen werden soll. Systemgerecht wäre deswegen eine Finanzierung aus öffentlichen Mitteln, Steuermitteln. Auch das ist schon wiederholt angesprochen worden. Das wäre auch der einzige verfassungsrechtlich saubere Weg. Die private Krankenversicherung ist allerdings vielfältig auch engagiert in gesamtgesellschaftlichen Themen, etwa im Bereich Prävention in Lebenswelten, aber auch HIV, AIDS und auch andere Themen. Wir wären auch bereit, dieses Engagement, wie übrigens auch bisher schon für die UPD, für die neuen Träger der UPD fortzusetzen und zwar auf freiwilliger Basis entsprechend unserem Versichertenanteil. Grundlage wäre aus unserer Sicht, wenn es bei der Konstruktion so bleibt, wie sie jetzt vorgesehen ist, dann eine Vereinbarung mit der neuen UPD. Das würden wir machen.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Meine zweite Frage richtet sich an den Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD), Frau Dr. Ponti. Wir haben uns als FDP und auch als Koalition insgesamt darauf verständigt, dass die sexuelle Orientierung und die Geschlechtsidentität spendenwilliger Personen als solche kein Ausschluss- oder Rückstellungskriterien bei der Blut- und Plasmaspende mehr sein dürfen. Was bedeutet dieser Schritt für die von Ihnen vertretenden Menschen? Worauf gilt es bei der Umsetzung dieses gesetzgeberischen Willens zu achten?

SVe **Dr. Sarah Ponti** (Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e. V. (LSVD)): Keine finanziellen Interessensverknüpfungen. Die aktuellen Regelungen der Blutspende diskriminieren Schwule, bisexuelle Männer und Transpersonen. Nach der Richtlinie Hämotherapie besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko mit Folge einer viermonatigen Rückstellung bei Sexualverkehr zwischen Mann und Frau mit häufig wechselnden Partnerinnen, Sexualverkehr einer Transperson mit häufig wechselnden Partnerinnen, Sexualverkehr zwischen Männern mit einen neuen oder mehr als einen Sexualpartner und Sexualverkehr mit einer Person mit einer davor genannten Verhaltensweisen. Diese aktuelle Regelung diskriminiert, wenn Männer Sex mit Männern haben, weil sie eine Bewertung des sexuellen Risikoverhaltens nach Risikogruppen vornimmt und dabei Sex zwischen Männern per se als riskanter definiert. Und sie diskriminiert Transpersonen, weil diese ohne wissenschaftliche oder medizinische Begründung gesondert als Risikogruppe aufzählt. Diese Diskriminierungen suggerieren für eine breite Öffentlichkeit, dass Sexualität zwischen Männern oder mit einer Transperson irgendwie schmutzig oder gefährlich ist. Das nährt auch das heute noch wirklich weit verbreitete Narrativ des Schwulen als „Virenschleuder“ oder von HIV/AIDS als sogenannte Schwulenkrankheit. Diese Stigmatisierung führt zu einer weitergehenden Stigmatisierung von vielen Menschen in Deutschland. Eine Regelung, die dies angeht, muss die Beurteilung der Spender:innen nach Risikogruppen aufgeben und stattdessen vornehmlich auf das individuelle sexuelle Risikoverhalten abzielen und sie dürfte nicht Sexualkontakt zwischen Männern per se als riskanter definieren, sondern das individuelle Risiko betrachten. Die Rückstellfrist muss sich am di-

agnostischen Fenster orientieren und die gesonderte Erwähnung von Transpersonen muss gestrichen werden.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP): „Wir halten Wort und nehmen die Kinderärzte aus der Budgetierung raus“-, O-Ton Bundesminister Lauterbach. Daran fühlt sich die Koalition gebunden, so steht es auch im Koalitionsvertrag und dahinter steht die Erkenntnis, dass die Mengensteuerung das Problem ist. Das ist erkannt worden und deswegen frage ich Herrn Dr. Gassen von der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Wie kann man diesen vom Gesetzgeber formulierten Willen rechtssicher, effektiv und ohne die Gefahr einer Doppelbereinigung umsetzen, sodass am Ende effektiv das rauskommt, was der Gesetzgeber möchte, nämlich mehr Leistung durch Kinder- und Jugendärzte für Kinder und Jugendliche in Deutschland?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Keine Interessenskonflikte und finanziellen Abhängigkeiten. Ja, es ist kein Hexenwerk. Es gibt dafür bewährte Methoden. Der Weg geht üblicherweise, wenn man eine vollständige Bezahlung erbrachter Leistung, hier in diesen Fall für die Kinder- und Jugendärzte, erreichen möchte, dass man üblicherweise diese Leistung identifiziert, sie aus der Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) netto bereinigt und ab da erfolgt dann die Vergütung je erbrachter Leistung. Das ist eine rechtssichere, transparente Methode, die wir auch bei anderen Vergütungselementen vielfach durchgeführt und mit der GKV umgesetzt haben. Insofern ist das dass, was die Versprechen des Ministers am ehesten umsetzen würde und wo gewährleistet ist, dass die erbrachten Leistungen der Kinder- und Jugendmediziner tatsächlich vollumfänglich zu 100 Prozent bezahlt würden.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich möchte auf meine Fragen eine Antwort von der Bundesärztekammer (BÄK) und vom G-BA. Sehen Sie eine Notwendigkeit für das Fortbestehen der UPD, da Patientenberatung vorrangig Aufgabe der Ärztekammern ist oder handelt es sich dabei eher um eine kostspielige und nicht notwendige Doppelstruktur?

SVe **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich habe keine finanziellen Interessen an diesem Thema. Ich würde mich dazu nicht gern äußern, weil wir in diesen Punkt nicht Stellung genommen haben, sondern lediglich zum fachfremden Änderungsantrag zum TFG.

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich halte eine unabhängige Patientenberatung, unabhängig von den Obliegenheiten der BÄK, für richtig und wichtig, weil die Adressaten der Fragen hier jenseits der Leistungserbringerebene angesiedelt und weil auch das Beratungsspektrum einer unabhängigen Patientenberatung weitaus breiter ist als die Vermittlung von ärztlichen Leistungsangeboten als die Vermittlung von ärztlicher Expertise. Wir haben es hier mit umfassendem Sozialangebot für hilfesuchende Patientinnen und Patienten zu tun, das weit über den reinen ärztlichen Bereich hinausgeht. Vor diesem Hintergrund sehe ich das gerade mit Blick auf eine zunehmend demografisch älter werdende Gesellschaft für eine zunehmend wichtiger werdende gesamtgesellschaftlichere Aufgabe an, mit den verfassungsrechtlichen Limitationen, was die Finanzierung angeht.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Meine zweite Frage geht auch wieder an die BÄK und an den G-BA. Wie beurteilen Sie das Wirken der UPD in Bezug auf das Arzt-Patienten-Verhältnis? Führt die Beratung zu einem zusätzlichen Vertrauensverlust und einer Verunsicherung zwischen Arzt und Patient? Jeder Arzt erlebt jetzt schon selber in der Praxis, dass die Patienten teilweise mit Google-Diagnosen kommen und wird damit konfrontiert. Dient eine solche Beratungsstelle zu zusätzlicher Verunsicherung oder zu einer Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses?

SVe **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich würde mich da nochmal enthalten.

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich sehe in einer unabhängigen Patientenberatung keine Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Wir sind in allen Bereichen auch hier in der Arbeit des G-BA unterwegs, Zweitmeinungsverfahren zu implementieren. Der korrekt

handelnde Arzt wird überhaupt kein Problem damit haben, wenn er einen mündigen Patienten vor sich hat, der sich in vielfältiger Weise informiert hat. Ich halte es für schlechter unvertretbar, eine mit geschulten Beratern ausgestattet unabhängige Patientenberatung mit Dr. Google, der Zufallsbefunde den Patienten zutage fördert, zu vergleichen. Das sind Ebenen, die seriöser Weise niemals miteinander verglichen werden dürfen.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Da passt meine nächste Frage, die ich richten möchte an die UPD und an den vzbv. Entscheidend für die Akzeptanz einer solchen Beratungsstelle ist natürlich die Qualität der Beratung. Sind für das Personal der Beratungsstellen bestimmte Qualitätsanforderungen vorgesehen und wenn ja, welche? Kann garantiert werden, dass die Stellen mit entsprechenden Personal besetzt werden können?

SV **Thorben Krumwiede** (Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD)): Es bestehen keine Interessenskonflikte. Die Frage ist ganz einfach zu beantworten. Jeder Mitarbeiter, jeder Berater der UPD hat eine Fachqualifikation. Das heißt, er kommt entweder aus den medizinischen Bereich, sprich Mediziner, Medizinerin, Ärzte, Apotheker oder aus den sozialrechtlichen Bereich, also Juristinnen, Juristen, Sozialversicherungsfachangestellte beispielsweise, die dann in jeweiligen Beratungsthemen beraten. Das heißt, sie bringen von Hause aus eine sehr hohe Qualifikation mit in die Beratung, die dann im Rahmen einer sehr langwierigen Einarbeitung dann noch einmal auf die spezifischen Anforderungen der Beratungspraxis geschult werden. Da geht es dann um Kommunikation. Wie spreche ich mit einem Ratsuchenden? Wie hole ich jemanden ab? Wie schaffe ich eine Augenhöhe? Wie kann ich Informationen vermitteln? Es gibt hier bestimmte Methoden, Teach-Back zum Beispiel. Es gibt diverse andere Methoden, die hier geschult und trainiert werden, damit die Beraterinnen und Berater nachher sowohl in der persönlichen Beratung als auch am Telefon die Ratsuchenden optimal mitnehmen und optimal beraten können, damit genau das, was Sie gerade skizziert haben, nicht passiert, dass sie mit Dr. Google zum Arzt gehen, sondern dass sie gut informiert versuchen, dem Arzt beispielsweise gegenüber zu treten und Fragen zu stellen, die sie dann auch weiterbringen. Noch eine kurze Anmerkung. Zweidrittel der Beratungen, die wir haben, sind sozialrechtlicher Natur. Also die Medizin macht nur einen kleinen Teil der Beratung aus. Zweidrittel sind sozialrechtliche Fragestellungen. Da geht es darum, was kann ich tun, wenn meine Krankenkasse nicht leistet. Ich habe Probleme bei der Pflege. Was kann ich dort tun? Dies ist ein anderes Fragespektrum, um das es sich hier dreht.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Noch die Ergänzung, ob die entsprechend besetzt werden können, also von der Anzahl des benötigen Personals?

SV **Thorben Krumwiede** (Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD)): Die konnten besetzt werden. Zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund des Endes der Laufzeit nicht mehr. Wir sind jetzt unterbesetzt. Die Arbeit der UPD wird wissenschaftlich begleitet durch die Prognos AG, als externes Evaluationsinstitut auch geprüft und überwacht. Es wurde jetzt gerade der Abschlussbericht veröffentlicht, der auch nochmal darauf hingewiesen hat, wie gut die Arbeit der Beraterinnen und Berater ist.

SV **Thomas Moormann** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Selbstverständlich müssen große Anforderungen an die Qualität der Beratenden gelegt werden. Wir reden heute nur über das Gesetz und das muss dann in der Folge passieren, aber das ist selbstverständlich und auch wie wir seit vielen Jahren in den Verbraucherzentralen beraten. Das ist qualitätsorientiert und evidenzbasiert. Für die UPD-Beratung ganz besonders sind natürlich die Niedrigschwelligkeit, die Barrierefreiheit und die Kultursensibilität der Beratung und die Mehrsprachigkeit wichtig. Das Beraterteam muss multidisziplinär zusammengesetzt werden. Das wurde gerade aber auch schon gesagt. Jurist:innen, Sozialversicherungsfachkräfte, Gesundheitswissenschaftler:innen, Mediziner:innen, Pflegefachkräfte und Sozialarbeiter:innen sollen in einen multidisziplinären und interdisziplinären Prozess beraten. Dann bekommen die Ratssuchenden auch die beste Unterstützung im Sinne zur Hilfe zur Selbsthilfe.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an Gregor Bornes von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -Initiativen (BAGP) und an den ESV Prof. Geene mit der Bitte um kurze Beantwortung. Wird nach Ihrer Auffassung mit den Formulierungen im Gesetzentwurf die gewünschte Staatsferne, die die Bundesregierung proklamiert, erreicht?

SV **Gregor Bornes** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -Initiativen (BAGP)): Ich habe keine Interessenskonflikte. Die Staatsferne erschließt sich uns aus dem, wie jetzt das Gesetz geschrieben und gedacht ist, nicht so ganz. Es wundert uns ein wenig, dass sowohl Bundesministerien als auch Bundestagsabgeordnete wesentlich abstimmungsberechtigt in der jetzigen Stiftungsratslösung sein sollen. Was uns ein wenig beruhigt ist, dass der Gesetzgeber grundsätzlich vorgesehen hat, dass die maßgeblichen Patientenorganisationen hier in den meisten Fällen die Mehrheit haben werden und insofern ist es grundsätzlich schon was, wo man mitgehen kann. Es ist aber so, dass wir in unserer Stellungnahme vorgeschlagen haben, dass die Kompetenz, die die Ministerien haben, wir eher in einer beratenden Funktion einbinden würden.

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene**: Es ist durchaus so, dass es gute Elemente davon trägt von dieser Staatsferne. Insbesondere durch die gerade erwähnte Mehrheit im Stiftungsrat sollte aber nun der GKV-Spitzenverband bei seiner abwehrenden Haltung bleiben und sukzessive umgesteuert werden und in der Trägerschaft oder im Errichtungsgesetz beispielsweise durch den G-BA mitbeauftragt werden. Dann sollte man sicherlich in der Perspektive überlegen, ob man nicht auf der Grundlage der Patientenverbände nach § 140f eine Stiftungsträgerschaft konstituiert, die das dann sicherlich nochmal im besseren Sinne umsetzen könnte.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Die nächste Frage geht nochmal an die BAGP. Bis wann müsste denn aus Ihrer Sicht die geplante Stiftung stehen, das heißt bis wann müsste das Gesetz verabschiedet sein? Welche Möglichkeiten haben wir hier als Parlamentarier noch nachzubessern, damit es überhaupt noch dieses Jahr umgesetzt werden kann?

SV **Gregor Bornes** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -Initiativen (BAGP)): Wir haben schon gehört, es gibt einen erheblichen Zeitdruck. Ich denke mal, das Gesetz muss unbedingt zum 1. April in Kraft treten und ich würde sogar eine Fristsetzung für die Errichtung der Stiftung einbauen, weil wir hier grundsätzlich sehen, dass, wenn die Stiftung nicht bis spätestens Ende September wirklich rechtsfähig ist, dann die Aufbauarbeit, die ja noch nötig ist, im Sinne von Personalakquise, Aufbau von Strukturen in den Regionen etc., dass das Dinge sind, die jetzt noch relativ schnell erfolgen müssen und insofern sehe ich einen erheblichen Zeitdruck.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Kiefer vom GKV-Spitzenverband. Wie sollte aus Ihrer Sicht eine Entbudgetierung der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin am besten umgesetzt werden?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Als Einstieg will ich sagen: Grundbotschaft aus unserer Sicht ist erstens, dass der, ich glaube aus dem Bundeskabinett beschlossene, Entwurf, wie das zu machen ist, eine sehr gute Grundlage ist, das so zu regeln, dass es wirksam für die Vergütung der Kinder- und Jugendärzte wird. Vielleicht noch eine kleine Anmerkung, ohne dass die Zeit zu lange in Anspruch genommen wird. Dr. Gassen hat, glaube ich, übersehen, dass Regelungen aus der Vergangenheit zu bürokratischem Chaos geführt haben. Der Vorschlag, der derzeit vorliegt, nämlich eine einfache Regelung zu machen im Rahmen der MGV, ist deshalb ja so vernünftig, weil er nicht auf Schwankungen kritisch reagiert, die es immer in der Versorgung gibt, sondern eigentlich ziemlich sicherstellt, dass es unbürokratisch möglich ist und man nicht permanent aufgrund von ganz normalen Schwankungen, die auch im Krankheitsgeschehen bestehen, sozusagen bereinigen oder Unter- oder Überbereinigung machen muss. Also insofern ist das, glaube ich, ein gangbarer Weg, wenn man in dieser Hinsicht tätig werden muss und will.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Ich möchte gerne wieder zurück zur UPD. Meine Frage geht an den ESV Prof. Dr. Geene. Inwieweit kann die im

Gesetzentwurf vorgesehene ständige wissenschaftliche Begleitung der Stiftung durch einen wissenschaftlichen Beirat aus ihrer Sicht zu einer evidenzbasierten Ausrichtung des Informations- und Beratungsangebotes der Stiftung beitragen? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt werden, dass die Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung auch tatsächlich in die Fortentwicklung der UPD-Stiftung einfließen?

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene**: Da greifen Sie ein Thema auf, was mir sehr am Herzen liegt, weil diese Fragestellung bislang vollkommen unbefriedigend ist. Der wissenschaftliche Beirat, oder bislang ist es kein wissenschaftlicher Beirat, sondern ein Beirat der Wissenschaftler und der Patientenvertretungen, der ist vollkommen ungeregelt. Die einzelnen Benennungen dort sind eher zufällig oder handverlesen. Es gibt aber keine systematische Auswahl davon. Wesentlich sinnvoller würde mir erscheinen, wenn eine solche Auswahl durch Vorschlag der Fachgesellschaften zustande käme. Das hätte auch den Vorteil, dass die in dem Gremium vertretenden Wissenschaftler nicht so isoliert sind, wie sie es jetzt sind. Zudem ist dazu zu sagen, dass die Evaluation, die jetzt stattfindet, im weitesten Sinne auch unbefriedigend ist. Früher hat die Evaluation als wissenschaftliche Begleitforschung durch die Medizinische Hochschule Hannover, Uni Bielefeld und Bochum stattgefunden. Das war ein sehr dynamischer Prozess. Es haben sehr viele Tagungen stattgefunden. Da sind Fachbücher entstanden zur Patientenberatung. Das alles ist dann später, als man es erst an IGOS und dann an Prognos gegeben hat, also als klassische Auftragsevaluation, quasi eingeschlafen, beziehungsweise hat nicht mehr stattgefunden. Das ist so wichtig, dass das stattfindet, dass insgesamt ein Erfahrungsdiskurs ist, dass die UPD auch als ein Erfahrungs- und Lernprozess organisiert wird. Darüber der wissenschaftliche Beirat eben über eine Verankerung in der Fachwelt einen Motor bietet und dann auch nicht isoliert oder verkürzt auf eine jährliche Evaluation rekurriert wird, sondern vielmehr auf eine Vielzahl von wissenschaftlicher Begleitforschung, die initiiert wird, die auch öffentliche Diskursivierung kennt und insgesamt das Thema der unabhängigen Patientenberatung, gerade auf den Hintergrund der Netzwerkstruktur, die ich vorhin noch kurz angesprochen hatte, breiter verankert.

Abg. **Heike Engelhart** (SPD): Ich habe noch eine Frage an Herrn Kiefer. Die Krankenhausversorgung für Patientinnen und Patienten könnte sich verbessern, wenn das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) das BMG stärker bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unterstützen und beraten könnte, zum Beispiel durch die Übermittlung und Erläuterung von Datenauswertungen. Gemeinsam mit der DKG sind der GKV-Spitzenverband und der PKV Gesellschafter der InEK. Wie beurteilen Sie denn einen entsprechenden Regelungsansatz?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Also zunächst muss ich einmal auf meinen Kollegen [Dr. Florian Reuther, PKV] hinweisen. Die sind auch Träger des InEK. Es ist ein gemeinsames Institut der Selbstverwaltung, nämlich DKG, GKV-Spitzenverband und private Krankenversicherung, um unsere Aufgaben im Bereich der Finanzierung der Krankenhäuser zu steuern. Das ist sehr klug, wenn da Informationen und Daten entstehen, diese auch dem Gesetzgeber oder den Planungsbehörden zur Kenntnis zu geben. Es ist ein bisschen übergriffig, wenn der Gesetzgeber meint, in dem vorliegenden Antrag sich an den Eigentümern und Gesellschaftern des Instituts vorbei Sonderrechte zu definieren und dann auch mit dem expliziten Sinn, dass diese Informationen nicht den Gesellschaftern zur Verfügung stehen sollen. Also unser Vorschlag ist: Inhaltlich macht das Sinn und bitte regeln Sie das doch so zivilisatorisch, dass erstens die Eigentümer dann auch die Informationen bekommen können, die die Planungsbehörden und das BMG bekommen, und zweitens, wenn Sie diese Sonderauswertung haben wollen als Bundesregierung und Planungsbehörden, gerne. Ein bisschen Kostenersatz wäre normalerweise auch üblich – machen sie dann bezogen auf andere Institute, wie zum Beispiel das IQWiG auch, aber grundsätzlich ist das schon sinnvoll.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an den vzbv. Nach dem Gesetzentwurf soll die Tätigkeit der Stiftung jährlich extern und unabhängig evaluiert werden. Wie bewerten Sie diese Regelung vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen?

SV **Thomas Moormann** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Das ist auch ein Punkt, der uns bewegt, denn Evaluationserkenntnisse müssen erstmal umgesetzt werden und müssen erstmal wirken können. Also die Umsetzung muss erstmal stattfinden können. Eine jährliche Evaluation wäre natürlich mit einem riesigen Aufwand verbunden, Ausschreibung usw. Sie kennen das. Es ist aus unserer Sicht inhaltlich fragwürdig, warum das in diesem sehr kurzen Rhythmus stattfinden soll, aber es ändert nichts an der Wichtigkeit der Evaluation. Eine begleitende wissenschaftliche Evaluation ist ganz unbestritten wichtig für die Entwicklung und Qualitätssicherung der UPD-Beratung, keine Frage. Aber warum jedes Jahr?

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an die KBV. Wie bewerten Sie denn den von der CDU/CSU-Bundestagsfraktion eingebrachten Änderungsantrag zur Entbudgetierung der Leistung in der Kinder- und Jugendmedizin im Vergleich zu dem von der Koalition eingebrachten Änderungsantrag, der schon zurückgezogen worden ist? Welche Vor- und Nachteile sind jeweils damit verbunden?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV)): Keine finanziellen Abhängigkeiten. Ja, man kann es relativ kurzfassen. Der von der Union eingebrachte Änderungsantrag bildet eigentlich das angemessene Verfahren ab, eine Leistung aus der Budgetierung herauszunehmen. Wenn ich auf Herrn Kiefer rekurriere, dann muss man sagen, der Widerspruch war ja schon in der Antwort. Wenn ich eine Leistung aus dem Budget herausnehme, dann macht es wenig Sinn, sie in der MGV, also in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die sich durch die Budgetierung auszeichnet, belassen zu wollen. Nur durch eine saubere Extrabudgetärstellung, die dann eine Abrechnung nach Leistungserbringung, nach Frequenz ermöglicht, ist wirklich die Extrabudgetärstellung und die Gewährleistung vorhanden, dass die Leistungen der Kinder- und Jugendmediziner eins zu eins vollumfänglich bedient werden. Je nachdem, wie viel sie machen. Da gibt es auch überhaupt keine Intransparenzen, denn eine Leistung, die nicht erbracht wird, wird nicht vergütet und von daher ist das, das angemessene, zielführende und effektive Verfahren, um hier wirklich zu gewährleisten, wie der Minister es versprochen hat, die Leistungserbringung der Kinder- und Jugendmediziner vollumfänglich zu vergüten und hier noch, das ist der Hintergrund, das muss man mal deutlich sagen, auch noch Reserven zu heben. Die Kolleginnen und Kollegen sind ohnehin schon arbeitsmäßig gut ausgelastet. Hier möchte man sie ermuntern, nochmal eine Schippe draufzulegen und noch etwas mehr zu leisten. Das kann man planungssicher nur machen, wenn man eine klare Vergütungsabsprache hat, wie bei der extrabudgetären Vergütung. Solange sie in der MGV hin und her rechnen, wird es weder eine präzise Voraussage geben, ob und wann diese Leistungen vergütet werden. Deshalb kann ich nur abschließend sagen: Der vorliegende Antrag der Union bildet das eigentlich in der handwerklichen Qualität ab, wie man sowas machen muss.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an den LSVD. Ich habe Ihren Ausführungen aufmerksam gelauscht und das, was sie so umrissen haben, bildet das ab, was im österreichischen Modell so festgezurrt worden ist. Es wird nur noch gefragt, egal ob Homo- oder heterosexuell oder transsexuell. Es wird nur noch gefragt im österreichischen Modell: Hatten Sie mit mehr als drei verschiedenen Personen in den letzten drei Monaten Geschlechtsverkehr? Da Sie das auf Ihrer Homepage damals in Österreich begrüßt haben, wollte ich fragen, inwiefern Sie das österreichische Modell für diskriminierungsfrei halten.

SVe **Dr. Sarah Ponti** (Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e. V. (LSVD)): Das österreichische Modell ist grundsätzlich ein Modell, das die Diskriminierung beseitigen kann. Allerdings kommt es darauf an, wie man es ausgestaltet. Deshalb finden wir auch den konkreten Antrag der Fraktion der CDU/CSU insgesamt kritisch. Einerseits soll eine zwölfmonatige Rückstellfrist wieder eingeführt werden, für die es wirklich keinerlei wissenschaftlich medizinische Begründung gibt. Das sieht übrigens auch die BÄK so. Aktueller Stand der Erkenntnisse ist, dass eine Rückstellung von drei bis vier Monaten ausreicht. Außerdem ist uns der Regelungstext dann im Detail zu wage. Der Antrag sieht vor, dass eine Rückstellung erfolgt, wenn eine Person in den letzten drei Monaten mehr als drei Sexualpartner hatte, soweit sie von

dem Risiko einer Ansteckung Kenntnis hat oder davon ausgehen muss. Es wird allerdings im Antrag nicht erläutert, wann man davon ausgehen muss. Da sehen wir weiterhin die Gefahr einer Diskriminierung, dass zum Beispiel BÄK oder Blutspendedienste bei Sex zwischen Männern grundsätzlich ein solches Risiko annehmen. Drittens adressiert der Antrag an keiner Stelle die Diskriminierung von Transpersonen, die in der aktuellen Richtlinie vorkommt. Deshalb würde der Antrag zwar eine Verbesserung der aktuellen Lage bringen, aber so wie er konkret ausgestaltet ist, würden wir ihn ablehnen, weil er keine optimale Lösung darstellt.

Abg. **Diana Stöcker** (CDU/CSU): Eine Frage an die ISL, an Frau Dr. Arnade. Wie sollte die Vernetzung der neuen Struktur mit bestehenden Beratungsstrukturen aussehen?

SVe **Dr. Sigrid Arnade** (Interessensvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL)): Es sollte ein Kooperationskonzept von der UPD mit bestehenden Beratungsstrukturen der Selbsthilfe chronisch Kranker, behinderter Menschen, den Zentren für selbstbestimmtes Leben, den ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung, und den Beratungsstellen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen geben. Es sollte außerdem die Wiki-Plattform für alle entsprechend beratenden Stellen zugänglich sein und auch das Dokumentationssystem, das Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen aufzeigen soll, soll für alle entsprechenden maßgeblichen Patientenorganisationen zugänglich sein.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die UPD. Welche Erfahrungen haben Sie mit Walk-In-Beratungen in den Beratungsstellen vor Ort gemacht und inwieweit kann Telefonberatung die Präsenz in der Fläche ersetzen?

SV **Thorben Krumwiede** (Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD)): Die Walk-In-Beratung, wie sie aktuell ausgestaltet ist, ist ein Konstruktionsfehler der aktuellen UPD, da man eine vorherige Terminanmeldung benötigt. Aus unserer Sicht muss eine Walk-In-Beratung eine Walk-In-Beratung sein. Das bedeutet, in dem Moment, in dem ich eine Fragestellung habe und eine UPD vor mir sehe, muss ich reingehen können und diese Frage stellen und die sollte mir dann auch beantwortet werden. Wir haben diese Walk-In-Beratung im Rahmen unseres Mobiles umgesetzt. Wir haben Beratungsmobile, die in rund 100 Standorten regelmäßig gehalten haben und dort die Patientenberatung zu den Bürgerinnen und Bürgern gebracht. So etwas soll es auch zukünftig geben. Das heißt, es muss die Möglichkeit geben, direkt in eine Beratungsstelle zu gehen und dort eine Beratung durchführen zu können. Das muss sich dann mit einer gut erreichbaren telefonischen Beratung mischen. Das ist ganz wichtig, denn viele Ratsuchende greifen zuerst zum Telefonhörer. Das sehen wir und gerade während der Pandemie war der Telefonhörer der einzige Weg zur UPD und auch zu vielen anderen Einrichtungen, denn alles, was präsent war, war geschlossen. Das haben wir sehr deutlich gemerkt, dass die telefonische Beratung einen ganz wichtigen Stellenwert hatte. So war es auch in den letzten Jahren. Eigentlich seit Bestehen der UPD war das Telefon immer der wichtigste Beratungskanal. Wenn der sich mit der regionalen Beratung ergänzt, kurz dazu, wir haben 30 Standorte betrieben, dann kann ich wirklich eine gute und breite Beratung anbieten.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Herrn Geene. Der GKV-Spitzenverband erwähnt im Zusammenhang mit der Finanzierung der UPD in seiner Stellungnahme das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und deren Finanzierung aus Mitteln der GKV. Wie könnte aus Ihrer Sicht vor dem Hintergrund dieses Urteils eine Finanzierung der Prävention in Lebenswelten über die gesetzlichen Krankenkassen aussehen und wäre aus Ihrer Sicht eine verpflichtende Kooperation der Krankenkassen mit den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vor Ort auch sinnvoll?

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene**: Vielen Dank für die Frage, die diesen wichtigen Aspekt noch mal aufwirft, der heute auch zu kurz gekommen ist, nämlich im Grunde eine parallele Struktur der Gestaltungsverantwortung, also die prämiere Prävention, bei der wir einen ähnlichen Reformstau haben, verursacht durch nachlässiges oder nicht vorschreitendes Verhalten seitens des GKV-Spitzenverbandes.

Es ist hier unbedingt notwendig, es besteht ein breiter Konsens in der Fachwelt, Health in All Policies-Konzepte zu verfolgen. Auch das führt zwar der GKV-Spitzenverband mit im Wort, allerdings immer nur mit der hier vorgeführten Argumentationskette „gesamtgesellschaftliche Verantwortung“ – heißt: Wir sind nicht zuständig. Aber das ist meiner Meinung nach grundfalsch von einem Sozialversicherungssystem und auch den Gestaltungsauftrag, der in der Patientenorientierung liegt oder eben auch in der Prävention, in der genau diese Notwendigkeit gegeben ist. Also, dass sich die Strukturen entsprechend öffnen, dass klassenübergreifende Leistungsüberbringung erfolgt und dass man sehr eng mit anderen Akteuren wie gerade im ÖGD, aber auch der Zivilgesellschaft und der Wissenschaft zusammen arbeitet. Da war zu hoffen mit dem Präventionsgesetz, dass dies aktiv bestritten wird. Wir müssen heute ernüchtert sagen, dass es leider nicht der Fall ist. Es gibt keine Regionalisierung der Mittel. Es gibt keine verbindliche Kooperation mit Gesundheitsämtern, Jugendhilfe, frühen Hilfen etc. Insofern ist es ganz dringend erforderlich, dass dort nachgesteuert wird, denn der Status quo nach dem BSG-Urteil ist so, dass die Kassen jetzt nur noch 20 Cent pro Versicherten überhaupt kassenübergreifend bündeln, also einen lächerlichen Anteil ihrer Ausgabenverpflichtung und für den Rest es komplett nicht verfolgt. Das heißt doch aktuell für die wichtigen Projekte wie beispielsweise Gesundheitsförderung, Arbeitslosenförderung, das diese total in der Not hängen, ähnlich jetzt wie die UPD mit ganz schwierigen Weiterfinanzierungen und auch Manpower verlieren. Es ist ganz wichtig, dass dieser Änderungsantrag jetzt nochmal fortgeschrieben wird, der hier schon eingebracht wurde und nochmal aufgegriffen wird. Also eine ganz hohe Dringlichkeit ähnlich wie die UPD.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann hätte ich noch eine Frage an Herrn Rosenbrock. Ich wüsste gerne, was Sie glauben, welche Rolle die UPD insgesamt für die Stärkung der Patientenrechte in unserem Land spielt und ob Sie es in diesem Gesetzentwurf auch ausreichend reflektiert sehen, dass es eine Einrichtung ist, die die Patientenrechte gezielt stärken soll?

ESV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock:** Die kollektiven Patientenrechte sind im vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht ausreichend adressiert. Wir hatten 2011 die Novellierung des alten § 65b durch die Aufnahme, dass Problemlagen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden müssen. Infolgedessen gab es dann ab 2013 den Monitor Patientenberatung, den Sie alle kennen. Der war und ist ein wesentliches Instrument, um auch wirklich auf aus der Beratungstätigkeit sichtbar werdende Problemlagen und Fehlsteuerungen aufmerksam zu machen. Ich würde es sehr begrüßen und würde es dringend vorschlagen, etwas entsprechendes auch wieder in die neue UPD einzubringen und das in eine Verpflichtung zu überführen. Es würde darauf hinauslaufen, im Absatz 5 beim Stiftungsvorstand, dazu zu verpflichten, jährlich die durch die Beratung sichtbar gewordene Beratungsschwerpunkte, Schwachstellen und Problemlagen im Gesundheitssystem in einen Bericht an den Stiftungsrat zusammenzufassen. Im Stiftungsrat im Absatz 6 müsste man dann regeln, dass der Stiftungsrat diesen Bericht kommentiert und an die Beauftragten für die Belange der Patienten weiterleitet. Also diese Thematisierungsfunktion – wenn ich 200 000 Leute im Jahr berate, dann weiß ich, wo was schiefläuft. Das waren mal die Themen Krankengeld bei psychischen Erkrankungen, wo es keiner gesehen hat und wo erst durch die Beratung herausgekommen ist, hier ist politischer Handlungsbedarf. Diese Stärkung der kollektiven Patientenrechte ist meines Erachtens das notwendige Pendant zu der im Beratungsgeschäft anfallenden Stärkung der individuellen Patientenrechte.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann noch eine Frage an Herrn Danner: Warum glauben Sie, wäre aus Ihrer Sicht eine Ergänzung im Gesetzentwurf noch sinnvoll, um die UPD in Sachen Kooperation mit der Selbsthilfe möglicherweise zu stärken?

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Frau Dr. Arnade hat es eben schon ausgeführt. Wir müssen sehen, dass die UPD ein Beratungsbaustein ist. Es gibt noch weitere Institutionen, die unabhängige Beratung anbieten. Wir ergänzen die unabhängige Teilhabeberatung,

aber natürlich auch die Angebote der Selbsthilfe. Es ist wichtig, dass wir die Reichweite aller Beratungsangebote durch Kooperation stärken, damit die Bürgerinnen und Bürger dieses Angebot auch besser erkennen können als in der Vergangenheit. Prof. Dr. Rosenbrock hat gerade schon schön hergeleitet, dass aus diesen Beratungsgesprächen auch Hinweise resultieren, um Defizite wieder über die Patientenbeteiligung zu thematisieren und zu beheben. Dieser Zusammenhang muss auch gesehen werden. Deswegen ist es wichtig, dass die Selbsthilfe mit der UPD intensiv kooperiert. Unser Wunsch wäre, dass dies auch im Gesetz nochmal entsprechend explizit adressiert wird.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP): Meine Frage geht an Herrn Dr. Bartezky. Ausgehend von den Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes, die Leistungen der Kinder- und Jugendärzte im MGV-Bereich zu belassen, also da, wo Mengensteuerung das Hauptthema ist, hat Herr Kiefer hier erklärt, dass die unterjährigen Schwankungen dann ausgeglichen werden können, also man dann quartalsweise dann zur Bereinigung ansetzt und das auch als unbürokratisch bezeichnet. Das setzt voraus, dass die KV-Vorstände auch jeweils richtig zuordnen im hausärztlichen Bereich. Ich stelle mir das ziemlich schwierig vor, wie das zwischen Kinder- und Hausärzten dann stattfinden soll, aber das werden Sie sicherlich noch erklären können. Ich frage Sie, auf dem basierend, was Herr Dr. Gassen gesagt hat, dass das möglich ist, aus den MGV in die Extrabudgetäre Gesamtvergütung zu überführen, netto zu bereinigen, keine Doppelfinanzierung stattfindet und keine Finanzierung zu anderen Arztgruppen, nämlich zu Lasten der Hausärzte stattfindet. Wie bewerten Sie die Lösung und haben Sie einen anderen Vorschlag?

SV **Dr. Reinhard Bartezky** (Bundesverband Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Interessenkonflikt, wenn ich als niedergelassener Kinderarzt in Berlin-Neukölln, der jetzt am 1. März alle seine Budgets voll hat und bis zum Quartalsende trotzdem seine Praxis offenhält, jetzt erkläre, ich hätte keine, würde das hier im Raum mir sowieso keiner glauben. Herr Lindemann, zu Ihren Fragen. Vielleicht vorab noch, es geht uns darum, auch in Zukunft in Deutschland jungen Familien einen Kinder- und Jugendarzt finden zu lassen und die Kinderheilkunde, die Primärbehandlung durch einen hausärztlichen Kinder- und Jugendarzt weiterhin offen zu halten. Das ist nicht in allen westeuropäischen Ländern mehr der Fall. Zu Ihrer Frage: Was brauchen wir? Erstens, wir brauchen eine schnelle Lösung. Da sind nun unterschiedliche Vorschläge auf den Tableau. Das können wir verstehen, aber letzten Endes ist es doch Konsens, dass etwas getan werden muss und deshalb ist da eine Einigung von Nöten. Zweitens zur Technik. Das von Ihnen kritisierte Verfahren einer quartalsweisen Verhandlung mit den Krankenkassen fürchten wir natürlich auch, weil die KVen müssten erstmal einen Sockelwert benennen, was ist Regelversorgung, um dann später zu definieren, was wäre Add On. Selbst wenn eine KV das lege artis und ehrlich durchführen würde, würde der Verdacht im Raum stehen, sie täte das nicht lege artis und es kommt zu Verhandlung und Streitigkeiten. Deshalb sind wir natürlich, ich bin hier nicht vor den Parlamentariern in der Rolle, Ihnen vorzuschreiben, wie Sie es machen müssen, aber wir denken, dass die Expertise in diesen Hause da ist, für eine klare und transparente Regelung zu sorgen. Wir wollen keine Benachteiligung anderer Facharztgruppen haben, aber wir wollen ein klares Verfahren, in dem vielleicht einmal eingangs mit den Kassen verhandelt wird und dann ist eine Regelung geschaffen, so wie wir es bei der neuen Patientenregelung auch hatten, die dann in den folgenden Quartalen einfach gelebt werden kann. Dritter wichtiger Punkt in den unterschiedlichen Vorschlägen ist eine Einbeziehung der gesamten Kinder- und Jugendmedizin beziehungsweise nur eine allgemeine Kinder- und Jugendmedizin. Diese Trennung halten wir für artifiziell und schwierig. Ich darf mit einem kleinen historischen Rückblick daran erinnern, dass dieses Haus beschlossen hat, dass der Kinder- und Jugendarzt der Facharzt im Hausarztsektor ist, also im SGB V steht das drin, und das wir die Entwicklung der fachärztlichen Betreuung von Kinder- und Jugendlichen, also den Kinderkardiologen und Kinderpneumologen aus unserer Gruppe heraus gemacht haben. Wenn der Allgemeinmediziner, der Erwachsenenarzt, einen zum Facharzt schickt, schickt er ihn in einen anderen Versorgungssektor. Das hat eine Relevanz in der Bedarfsplanung, es gibt andere Versorgungstöpfe, die das tun, aber auch pekuniär. Wenn der Kinder- und Jugendarzt zum Kinderkardiologen schickt, dann schickt er in derselben

Fachgruppe und sagt einem anderen Kinder- und Jugendarzt, du kannst nicht mehr praktizieren, weil wir brauchen deinen Sitz. Wir haben seit 1990, seitdem es zur Entwicklung der Schwerpunktpädiatrie kam, Stichwort Bundesweiterbildungsordnung und BÄK, eben diesen Entitäten mit unserem eigenen Topf mitfinanziert. Das war auch gut so, damit wir eine umfassende wohnortnahe Versorgung kriegen konnten. Aber jetzt wäre die Gelegenheit, bei der Budgetierungsdiskussion da auch für die fachärztliche Pädiatrie gleich zu ziehen.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Eine ganz schnelle Frage an Herrn Kiefer vom GKV-Spitzenverband. Wenn die UPD eine Krankenfahrt im Rahmen einer Tagesbehandlung empfehlen würde, wie bewerten Sie eine mögliche Erweiterung der Verordnungsfähigkeit von Krankenfahrten durch Krankenhäuser?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Es geht um die Krankenfahrten, ob die Empfehlung der UPD dann immer die Voraussetzung ist. Aber klare Antwort, 30 Sekunden, im Zusammenhang mit der Tagesbehandlung muss es auch möglich sein, dass Krankenhäuser dann auch Krankenfahrten entsprechend verordnen, weil nur Sie haben die Information, um einschätzen zu können, ob es notwendig ist oder nicht, wie wir es auch analog bei der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung haben. Also das ja. Hoffentlich sind die Menschen nicht so krank, wenn sie sich von der UPD beraten lassen.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich habe eine Frage zur Blutspendepraxis und zwar an Frau Dr. Pühler von der BÄK. Die Arbeitsgemeinschaft der Ärzte staatlicher und kommunaler Bluttransfusiondienste stellte vor zwei Jahren bei der Anhörung zum gleichen Thema fest, dass der Gesundheitsschutz der Blutspendeempfänger nicht mehr gewährleistet ist, wenn man den sexuellen Verkehr von Männern mit Männern nicht mehr als Risikoverhalten einstuft. Hat sich an dieser Bewertung Ihrer Meinung nach etwas geändert?

SVe **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir haben im Jahr 2021 als BÄK gemeinsam mit den Vertretern des BMG des Paul-Ehrlich-Instituts, des Robert-Koch Instituts und des Arbeitskreises Blut den aktuellen Stand der Wissenschaft bezüglich der Blutbefunde von Personen mit sexuellen Risikoverhalten nochmal bewertet. Im Ergebnis teilen wir jetzt nicht die Einschätzung, die Frau Dr. Ponti hier gesagt hat, dass wir Risiken definiert haben, sondern das ist eine methodische Vorgehensweise, die die epidemiologischen und die medizinisch-wissenschaftlichen Daten bewertet und sichtet. Wir sind damals zu dem Ergebnis gekommen, das bis heute Bestand hat, dass das Risiko einer Übertragung von durch Blut übertragbaren Infektionserkrankungen bei Männern, die mit Männern Sex haben, um den Faktor einhundert ungefähr erhöht ist gegenüber anderen Gruppen. Insofern ist das weiterhin ein Risiko, das einfach ein Faktum ist, mit dem wir umgehen müssen. Wenn man diese Risikostratifizierung jetzt in einen anderen Kontext rückt und sie als Gradmesser für gesellschaftliche Akzeptanz verschiedener Gruppen nimmt, dann ist das ein Missverständnis. Dafür ist sie nicht geschaffen. Dafür ist sie auch nicht geeignet. Im Endeffekt, wenn man dieser Forderung nachkommt, dass man ohne Bezug auf die sexuelle Orientierung und Identitäten versucht, diese Kriterien zu formulieren, dann kommt man natürlich auf ein gröberes Raster, weil man nicht mehr so differenzieren kann, wie man es im Moment tut. Damit würde man beispielsweise homosexuelle Frauen, die aufgrund ihres Sexualverhaltens überhaupt kein erhöhtes Risiko haben, von der Blutspende ausschließen. Nach dem drei mal drei Modell, das die Unionsfraktion in Anlehnung an Österreich vorschlägt, wäre das jede homosexuelle Frau, die mehr als drei Partnerinnen in einem viertel Jahr hat. Diese hat überhaupt kein erhöhtes Risiko, würde aber nach dieser Regelung ausgeschlossen werden. Insofern ist unsere Empfehlung, weiterhin dem Grundgedanken des TFG zu folgen, den rechtlichen Rahmen vorzugeben und die Ausgestaltung der Richtlinien den Fachkreisen zu überlassen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich komme noch einmal zurück auf das bereits angesprochene BSG-Urteil zur Präventionsabgabe der GKV, die die Bundesregierung damals Jahr 2015 entgegen aller Warnungen von Opposition und Sachverständigen in ein Gesetzesvorhaben gegossen hat. Jetzt soll das nach Auffassung der Bundesregierung offensichtlich auch zeitnah beseitigt oder bereinigt werden.

Gleichzeitig wird aber im UPD-Gesetz eine sehr ähnliche Finanzierungslogik angelegt. Ich frage Herrn Prof. Geene: Was wäre ein Szenario, wenn der vorliegende Gesetzentwurf verabschiedet und umgesetzt wird, danach aber die Versicherungen klagen und vor Gericht Recht bekämen? Was würde dann passieren?

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene**: Das ist in der Tat ein etwas düsteres Szenario, das Sie zeichnen, wenngleich dazu gesagt werden muss, dass sich die BZgA-Geschichte noch etwas anders verhält. Dort war die GKV beauftragt, wiederum an eine staatliche Institution, eine Bundesoberbehörde als Auftragnehmer zu nehmen. Das ist natürlich ein anderer Fall wie, wenn Sie jetzt selber beauftragt sind, eine Stiftung zu gründen. Denn dass man der GKV, die den Gestaltungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland hat, den Auftrag gibt, eine Stiftung zu gründen, ist genauso naheliegend wie auch jedes Großunternehmen unabhängige Klärungsstellen bei sich einberuft. Es ist eigentlich im Sozialversicherungsinteresse, im existenziellen Eigeninteresse des GKV-Spitzenverbands, solche Modernisierungskonzepte aufzunehmen. Ich weiß nicht, ob Herr Kiefer sagt, wir werden dann klagen. Davon würde ich aber enorm abraten, weil die GKV auch deswegen die Sozialversicherung ist, weil sie eben dieses Alleinstellungsmerkmal hat, in Deutschland für die Gestaltung zuständig zu sein. Wir können konstatieren: Es gibt einen Modernisierungsstau in der Präventions- aber auch bei der Patientenorientierung. Insofern hoffe ich doch sehr, dass das ein sinnvollerer Bereich ist. Wenn es über eine Umlagefinanzierung gemacht wird, ist es genauso GKV-Geld, es ist dann nur ohne jeglichen Bezug.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Danner von der BAG SELBSTHILFE. Ich glaube, Sie haben deutlich gemacht, dass die maßgeblichen Organisationen durch den vorliegenden Gesetzentwurf gestärkt sind. Meine Frage an Sie: Können diese auch die im Gesetzentwurf für sie vorgesehenen Aufgaben, Anforderungen erfüllen? Sie müssen ja auch entsprechend geschult sein.

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Grundsätzlich ist es so, dass die maßgeblichen Patientenorganisationen natürlich in der Lage sind, die Stiftung aufzubauen und zu gestalten. Es ist eine andere Thematik, die heute schon angesprochen wurde, Personal zu finden, das qualifiziert werden muss, um die Beratungsaufgaben wahrzunehmen. Auf der anderen Seite muss ich ansprechen, dass es schon so ist, dass die Patientenorganisationen im Bereich Patientenberatung und Patientenbeteiligung ganz wichtige systemische Aufgaben wahrnehmen. Wir haben heute schon gehört, dass es auch darum geht, die Patientenorientierung im System zu stärken und Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten. Hier muss man sich fragen, ob die Patientenorganisationen nicht strukturell gestärkt werden müssen. Es ist bereits angesprochen worden, dass es einen Zusammenhang zwischen Patientenberatung und Patientenbeteiligung gibt. Wir müssen konstatieren, dass gerade die Situation im Bereich der Koordination der Patientenbeteiligung sehr prekär ist. Wir brauchen hier dringend eine Lösung, damit die Patientenbeteiligung in den nächsten Wochen nicht eingestellt werden muss. Insofern muss man diesen Gesamtkontext sehen.

Abg. **Erwin Rüddel** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Augsberg. Wir haben erfahren, dass die Situation sehr verfahren ist. Welchen Vorschlag haben Sie, um die Patientenberatung noch zu retten? Was muss kurzfristig passieren? Und vielleicht noch ein Aspekt: Wir haben über Walk-in- und Telefonberatung gesprochen. Gibt es auch Überlegungen Künstliche Intelligenz (KI) und ChatGPT für die Patientenberatung einzusetzen?

ESV **Prof. Dr. Steffen Augsberg**: Das bisherige Modell funktioniert. In der Tat stehen wir unter einem erheblichen, problematischen Zeitdruck. Es ist zu überlegen, ob eine Alternativlösung in der vorhandenen Zeit noch umgesetzt werden kann oder ob man sich nicht umgekehrt überlegen sollte, eine Verlängerungsoption zu ziehen und nicht etwas, was in der Kürze der Zeit wahrscheinlich nicht optimal umzusetzen ist, übers Knie zu brechen versucht. Die unterschiedlichen langfristig zu überlegenden Lösungen sind intensiver zu diskutieren.

Ich habe nach wie vor nicht verstanden, warum die Staatsferne unbedingt einbezogen werden soll und warum man nicht Neutralität und Objektivität gerade von einer behördlichen oder staatlichen Organisation erwarten kann; denke wir an die BZgA, die das vorbildlich macht. Zu der Frage der Beratungsdienstleistung und ChatGPT und Ähnlichem: Da stehen wir alle ein bisschen hoffnungsfroh wie ängstlich davor. Für den Moment ist das sicherlich etwas, was einerseits Chancen bietet, andererseits aber auch sehr skeptisch beurteilt werden muss. Das ist vermutlich eine Möglichkeit, wie man bestimmte standardisierbare Frage-Antwort-Schemata besser handhaben kann. Aber wir sollten, glaube ich, sehr vorsichtig sein, dass wir darauf zu große Hoffnung setzten und entsprechend diese menschlichen Einflussfaktoren schon vorschnell zurückfahren und denken, wir könnten damit schnell Kosten und Ressourcen sparen.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Ich möchte eine Frage stellen an die BAGP, die DAG SHG und den DBR. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf formulierten Aufgaben und Ziele der vorgesehenen Stiftung UPD?

SV **Gregor Bornes** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -Initiativen (BAGP)): Die Aufgaben und Ziele des jetzigen Vorschlags im Gesetz halten wir grundsätzlich schon recht umfänglich beschrieben. Was man allerdings sagen muss, ist, dass natürlich in der Umsetzung ein erhebliches weiteres Paket wartet an konkreten Maßnahmen, die dann getroffen werden müssen, wenn die Stiftung gegründet wird. Wir haben hier Fragen, die sich auf das, was wir eben schon erörtert hatten, beziehen: Wie viele Beratungsstellen in der Fläche sollen es sein? Das sind auch Budgetfragen. Die Frage ist: Wie stark soll eine zentrale Einrichtung ausgestattet sein? Und wir haben noch mehr Fragen, die sich um die gesamte Ausführung der UPD drehen. Das muss konkret die Stiftungsleitung machen. Es gibt Konzepte, die aus der Phase bis 2015 stammen. Wir können auch aus dem lernen, was die jetzige UPD geleistet hat. Trotzdem wird es ein erheblicher Kraftakt, die ganz konkrete Umsetzung zusätzlich zu planen und zu gestalten.

SVe **Dr. Sigrid Arnade** (Interessensvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL)): Wir haben als DBR keine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. Ich bin aber im Moment die Vorsitzende vom Sprecherinnenrat des DBR. Wir sind uns darin einig, dass das Ziel des Gesetzes, nämlich niedrigschwellige, bürgernahe, barrierefreie, zielgruppengerechte und qualitätsgesicherte Information und Beratung für die Patientinnen und Patienten anzubieten, ein gutes Ziel ist. Die Frage ist, wie es am besten umgesetzt werden kann. Ich denke, auch darin sind wir uns einig, nicht durch KI. Denn gerade wenn es um zielgruppengerechte Beratung geht, dann geht es um die Zielgruppen, die gesundheitsfern unterwegs sind. Diese muss man durch persönliche Ansprache ansprechen und zum Teil durch aufsuchende Formate, aber vermutlich nicht durch KI.

SVe **Karin Stötzner** (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)): Keine Interessenskonflikte im Thema, aber mit großem Interesse am Thema. Die Zielsetzung des Gesetzentwurfs ist zielführend und richtig. Ich stimme meinen Vorrednerinnen und -redner zu, dass es entscheidend ist, dass wir leider sehr, sehr wenig Zeit haben für die konzeptionelle Umsetzung der bestehenden UPD in ein neues Konzept, dies ausführlich mit allen Beteiligten zu diskutieren, die sich in der geplanten Zusammensetzung noch nicht kennen und sich daher erst zusammenfinden müssen. Das wird alles sehr knapp. Wir unterstützen die neue Struktur, die auch ein zentrales telefonisches und digitales Angebot vorsehen muss. Aber wir unterstützen auch, das finden wir deswegen in der Zielsetzung sehr richtig und das ist extrem notwendig, dass es vor Ort Beratungen gibt, in die die Patientinnen gehen können und dort persönlich unterstützt werden. Das muss in Kooperation mit den bestehenden Angeboten innerhalb der Struktur der Patient:innenverbände erfolgen. Insofern: Vielen Dank an die formulierte Zielsetzung.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Damit sind wir am Ende unserer heutigen Anhörung angekommen. Herzlichen Dank den Expertinnen und Experten, die online und hier im Raum dabei waren. Vielen Dank für die präzisen Fragen an die Kollegeninnen und Kollegen. Wir werden nun über das, was Sie uns mitgegeben haben, nachdenken. Vielen Dank und auf Wiedersehen.

Schluss der Sitzung: 16:28 Uhr

Gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Amtierende Vorsitzende

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)82.1

07.02.2023

Fachfremder Änderungsantrag

der Fraktion CDU/CSU
zum Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland
BT-Drs. 20/5334

Zu Artikel 1a – neu (§§ 12 und 24 Transfusionsgesetz)

(Diskriminierungsverbot Blutspende nach dem österreichischen Modell)

Nach Artikel 1 wird folgender Artikel 1a eingefügt:

‚Artikel 1a
Änderung des Transfusionsgesetzes

Das Transfusionsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 2007 (BGBl. I S. 2169), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 12 Satz 2 Ziffer 2 wird vor dem Wort „Auswahl“ das Wort „diskriminierungsfreie“ eingefügt.
2. Nach § 12 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

   „Die Ausgestaltung der diskriminierungsfreien Auswahl der spendenden Personen erfolgt ohne Berücksichtigung der sexuellen Orientierung der Person allein nach dem individuellen Risikoverhalten. Personen sind für die Dauer von zwölf Monaten zurückzustellen, nachdem sie sich einem Risiko für die Ansteckung mit sexuell übertragbaren Infektionen in den letzten drei Monaten vor der Gewinnung durch Kontakt zu mehr als drei Sexualpartnern ausgesetzt haben, soweit sie von dem Risiko einer Ansteckung Kenntnis haben oder davon ausgehen müssen; sofern ein NAT-Test auf Hepatitis B, Hepatitis C und HIV negativ ausfällt, ist für die Dauer von drei Monaten nach diesem Ereignis zurückzustellen.“

3. In § 12a Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Richtlinien“ das Wort „diskriminierungsfrei“ eingefügt.
4. Nach § 12a Absatz 1 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

   „Die Ausgestaltung eines diskriminierungsfreien Ausschlusses oder Rückstellung von Personengruppen erfolgt ohne Berücksichtigung der sexuellen Orientierung der Personengruppen allein nach dem individuellen Risikoverhalten der spendenden

Person unter Sicherstellung eines hohen Gesamtschutzniveaus. § 12 Satz 4 ist zu beachten.“

5. Nach § 24 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: „Der Arbeitskreis evaluiert jährlich die Rechtsverordnung nach § 12 sowie die Richtlinien nach §18 im Hinblick auf die Sicherheit der Blutprodukte und auf die Spendenbereitschaft.“ ‘

Begründung

Blutkonserven und Blutprodukte retten jeden Tag Menschenleben. Die Nachfrage nach diesen lebensrettenden, nach wie vor nicht synthetisch herstellbaren Blutprodukten ist ungebremst hoch. Infolge der Corona-Pandemie ist die Bereitschaft zu Blutspenden jedoch weiter signifikant gesunken und wird auch aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland weiter sinken. Schon jetzt beklagen die Hilfsorganisationen einen eklatanten Mangel an Blutspenden, der noch zunehmen wird, wenn nicht entsprechend politisch gehandelt wird.

Trotz dieses Notstands, der täglich Menschenleben kosten kann, sind grundsätzlich spendenbereite homosexuelle Menschen, vor allem Männer, die Sex mit Männern haben, nach den derzeitigen Regelungen zur Blutspende in Deutschland faktisch weitgehend von Blutspenden ausgeschlossen. Diese Regelungen und die prozeduralen Vorgaben für homosexuelle Menschen werden von der überwältigenden Mehrheit Homosexueller als Diskriminierung empfunden und nimmt vielen betroffenen Menschen von vorneherein die Bereitschaft zur Blutspende. Pauschal auf homosexuelle Menschen bzw. auf Männer, die Sex mit Männern haben, abzielende Ausschlusskriterien, die sich nicht am individuellen Risikoverhalten orientieren, stellt ebenso wie die vor einer Spende zu machende Auskunftspflicht über die sexuelle Orientierung eine nicht akzeptable Diskriminierung ohne medizinische Notwendigkeit dar, die in der Folge den Mangel an lebensrettenden Blutspenden verschärft. Dies gilt infolge der Corona-Pandemie umso mehr.

Nicht die sexuelle Orientierung per se ist jedoch maßgeblich für ein Infektionsrisiko, sondern das tatsächliche, individuelle Risikoverhalten, zum Beispiel durch ungeschützten Sexualverkehr mit häufig wechselnden Partnerinnen und Partnern, u. a. aus dem Bereich der Prostitution. Dies trifft auf hetero- als auch auf homosexuelle Menschen gleichermaßen zu. Unbestritten muss die medizinische Sicherheit der Blutspenden für die Empfänger höchste Priorität haben. Mittlerweile garantieren allerdings sehr hohe Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei der Spende selbst als auch bei der Weiterverarbeitung der Blutspenden, dass das Risiko einer Infektion infolge einer Bluttransfusion verschwindend gering ist.

Ein Lösungsweg, der die Aspekte Sicherheit der Blutspenden und Diskriminierungsfreiheit aller Spender sinnvoll zusammenführt, ist das im Sommer 2022 in Österreich eingeführte Modell. Hier gilt die sogenannte „3 mal 3-Regel“: Wer innerhalb der vergangenen drei Monate mit mehr als drei verschiedenen Partnern Geschlechtsverkehr hatte und ein entsprechendes Risiko vermutet, wird für drei Monate von der Blutspende ausgenommen – unabhängig davon, ob die Person homosexuell ist oder nicht. Diese Regel basiert auf den modernen Blutanalysetechniken, ist evidenzbasiert und bildet den aktuellen wissenschaftlichen Stand ab. Dabei muss die spendenbereite Person ihre sexuelle Orientierung im Voraus nicht angeben. So ist jede Form von Diskriminierung gänzlich ausgeschlossen. Dieses Modell sollte daher in deutsches Recht überführt werden. Nach Einführung des österreichischen Modells in das deutsche Recht würde sich die Zahl der Blutspenden in der Konsequenz signifikant erhöhen, womit Tag für Tag Leben gerettet werden könnten.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)82.3

28.02.2023

Fachfremder Änderungsantrag

der Fraktion CDU/CSU
zum Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland
BT-Drs. 20/5334

Zu Artikel 1 – neu - Nummer 2 und 3 (§§ 87a und 87b SGB V)

(Entbudgetierung Kinder- und Jugendärzte in der vertragsärztlichen Versorgung)

Nach Artikel 1 Nummer 1 werden die folgenden Nummern 2 und 3 angefügt:

‚2. § 87a Absatz 3 Satz 5 wird wie folgt geändert:

a) In Nr. 6 wird das Wort „und“ gestrichen.
b) In Nr. 7 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
c) Nach Nr. 7 wird eine neue Nr. 8 angefügt:
„8. Leistungen der allgemeinen und speziellen Kinder- und Jugendmedizin.“

3. In § 87a Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 8 genannten Leistungen für vier Quartale zu bereinigen. Hierzu wird die Leistungsmenge der Leistungen nach Satz 5 Nummer 8 aus dem Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Auszahlungsquote dieser Leistungen im Vorjahresquartal ermittelt. Die Auszahlungsquote ist von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Das Bereinigungsvolumen darf den Betrag der abgerechneten Leistungen nach Satz 5 Nummer 8 bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 nicht überschreiten. Das Nähere regelt der Bewertungsausschuss.“ ‘

Begründung

Mit diesem Änderungsantrag ist vorgesehen die Leistungen der allgemeinen und speziellen Kinder- und Jugendmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung, in Anlehnung an das bislang vom Bewertungsausschuss praktizierte, regelhafte Verfahren, zu entbudgetieren. Dies ist durch den Änderungsantrag der Bundesregierung nicht gewährleistet.

Um die notwendigen Verbesserungen in der Versorgung zu erreichen ist es notwendig, auch die speziellen Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin in die Entbudgetierung mit einzubeziehen (gesamtes Kapitel 4 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM)). Der Änderungsantrag der Bundesregierung hingegen beschränkt sich lediglich auf die allgemeinen Leistungen (Abschnitt 4.2 des EBM).

Mit dem Ziel eine unbürokratische und effiziente Bereinigung zu ermöglichen, sind in Nummer 3 die notwendigen Vorgaben dafür vorgesehen. Das Nähere regelt der Bewertungsausschuss.