

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

**zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 20/5334, 20/5662 –**

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

A. Problem

Laut Gesetzesinitianten habe sich die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) bewährt, allerdings würden immer wieder die Neutralität, ihre Unabhängigkeit von wirtschaftlichen und sonstigen Interessen Dritter sowie die Kontinuität infrage gestellt. Da das bisherige Ausschreibungsverfahren aus dem Gesetz gestrichen worden sei, müsse nun eine Neustrukturierung und Verstetigung der UPD erfolgen.

B. Lösung

Die UPD soll laut Gesetzesinitianten grundlegend reformiert und als rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts neu strukturiert und verstetigt werden. Die Stiftung soll ab dem 1. Januar 2024 ihre Tätigkeit aufnehmen. Ziel sei es, die UPD in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen zu überführen.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 20/5334, 20/5662 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zusätzliche Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand infolge des Gesetzes sind für Bund, Länder und Kommunen laut Gesetzentwurf nicht zu erwarten.

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Durch die Ausführung des Gesetzes entstehen laut Gesetzentwurf keine unmittelbaren zusätzlichen Kosten für den öffentlichen Haushalt.

2. Vollzugaufwand

Die Ausführung des Gesetzes führt laut Gesetzentwurf zu keinem nennenswerten Vollzugaufwand.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Laut Gesetzentwurf entsteht den Bürgerinnen und Bürgern kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen erhöht sich der jährliche Erfüllungsaufwand laut Gesetzentwurf um rund 350 000 Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Die Änderungen wirken sich laut Gesetzentwurf nicht auf Bürokratiekosten aus Informationspflichten aus.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhöht sich der jährliche Erfüllungsaufwand laut Gesetzentwurf um rund 3,65 Millionen Euro. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt demnach rund 300 000 Euro.

F. Weitere Kosten

Keine.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,
den Gesetzentwurf auf Drucksachen 20/5334, 20/5662 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen.

Berlin, den 15. März 2023

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Stellvertretende Vorsitzende

Martina Stamm-Fibich
Berichterstatterin

Hubert Hüppe
Berichterstatter

Linda Heitmann
Berichterstatterin

Katrin Helling-Plahr
Berichterstatterin

Martin Sichert
Berichterstatter

Kathrin Vogler
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland
– Drucksachen 20/5334, 20/5662 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland</p>	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland – und zur Änderung weiterer Gesetze</p>
<p>Vom ...</p>	<p>Vom ...</p>
<p>Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:</p>	<p>Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:</p>
<p>Artikel 1</p>	<p>Artikel 1</p>
	<p>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</p>
<p>§ 65b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:</p>	<p>Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1b des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
	<p>0. § 20a Absatz 3 und 4 wird durch die folgenden Absätze 3 bis 8 ersetzt:</p>
	<p>„(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in jedem Land gemeinsam bei einem der jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen oder dem Verband der Ersatzkassen Arbeitsgemeinschaften. Die Arbeitsgemeinschaften unterstützen mit ihren Leistungen die Umsetzung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene nach § 20f Absatz 1. Sie berücksichtigen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben Stellungnahmen der weiteren an den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene nach § 20f Absatz 1 Beteiligten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren das Nähere über die Aufgaben</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft, deren Arbeitsweise und die Verwendung der ihnen nach Absatz 7 Satz 4 zugewiesenen Mittel. Die Arbeitsgemeinschaften sind befugt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben Verwaltungsakte zu erlassen. Widerspruchsbescheide erlässt die bei Errichtung der Arbeitsgemeinschaft zu bildende Widerspruchsstelle. Die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaften erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach den Absätzen 4 und 5 erforderlichen Auskünfte.</p>
	<p>(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 3 insbesondere durch</p>
	<p>1. die Empfehlung von gemeinsamen und kassenartenübergreifenden Handlungsfeldern und Schwerpunktsetzungen für die Leistungen der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 und der Aufgaben nach den Nummern 2 und 3,</p>
	<p>2. die Förderung von Maßnahmen zur Unterstützung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen mit bundesweiter Bedeutung,</p>
	<p>3. die Entwicklung, Erprobung und wissenschaftliche Evaluation gesundheitsförderlicher Konzepte,</p>
	<p>4. die Erstellung eines Arbeitsprogramms des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach den Nummern 1 bis 3 unter Berücksichtigung einer Stellungnahme der Nationalen Präventionskonferenz jeweils bis zum 30. November eines Jahres für das Folgejahr.</p>
	<p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Dritte mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Satz 1 Nummer 2 und 3 beauftragen. § 197b gilt entsprechend.</p>
	<p>(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Oktober eines Jahres schriftlich über die Wahrnehmung der Aufgaben der Krankenkassen und der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 sowie über die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 1 im vorangegangenen Jahr. Der Bericht hat auch Angaben zur Höhe der Ausgaben und zu deren Verwendung für die Leistungen der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 und der Leistungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2, zur Art und Zahl der erreichten Lebenswelten, zur inhaltlichen Ausrichtung der Leistungen sowie zu den erreichten Zielgruppen und den Kooperationspartnern zu enthalten.</p>
	<p>(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragt einen unabhängigen Dritten mit der wissenschaftlichen Auswertung und Begleitung der Wahrnehmung der Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 sowie der Wahrnehmung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 1 und von deren jeweiligen Auswirkungen auf die Gesundheit der Versicherten. Über das Ergebnis dieser Evaluation berichtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit alle vier Jahre, erstmals zum 1. Juli 2027.</p>
	<p>(7) Die Krankenkassen wenden für die Wahrnehmung der Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 und der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 ab dem 1. Januar 2024 mindestens einen Betrag in Höhe von 0,53 Euro aus dem Betrag auf, den sie nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, und stellen diesen Betrag dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Der Betrag ist entsprechend § 20 Absatz 6 Satz 5 jährlich anzupassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis jeweils zum 1. Oktober eines Jahres die zur Durchführung seiner Aufgaben nach Absatz 4 im Folgejahr notwendigen Ausgaben einschließlich der sächlichen und personellen Aufwendungen fest, die aus dem Betrag nach Satz 1 finanziert werden. Den nach Abzug dieser Ausgaben verbleibenden Teil der nach Satz 1 zur Verfügung gestellten Mittel verteilt er nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Arbeitsgemeinschaften für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 3. Werden die nach Satz 1 in einem Kalenderjahr</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>zur Verfügung gestellten Mittel vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder von einer Arbeitsgemeinschaft nicht verausgabt, so sind sie im Folgejahr zusätzlich für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 3 oder Absatz 4 zu verwenden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Feststellung der Ausgaben und Aufwendungen nach Satz 3, den Schlüssel zur Verteilung der Mittel nach Satz 4 und die Verwaltung der Mittel.</p>
	<p>(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen tritt in die Rechte und Pflichten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein, die sich aus den nach § 20a Absatz 3 Satz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Bundesrepublik Deutschland begründeten Zuwendungsverhältnissen ergeben.“</p>
	<p>1. § 65b wird wie folgt gefasst:</p>
<p>„§ 65b</p>	<p>„§ 65b</p>
<p>Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland</p>	<p>Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland</p>
<p>(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen <i>soll</i> eine rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts errichten. <i>Er soll</i> das für die Errichtung der Stiftung erforderliche Stiftungsvermögen bereitstellen. Die Stiftung soll den Namen „Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ tragen und die Informations- und Beratungstätigkeit am 1. Januar 2024 aufnehmen. Zweck der Stiftung ist es, eine unabhängige, qualitätsgesicherte und kostenfreie Information und Beratung von Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen sicherzustellen. Hierdurch sollen die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und die Patientenorientierung im Gesundheitswesen gestärkt und mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll den Inhalt des Stiftungsgeschäfts einschließlich der Bestimmung des Stiftungssitzes im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten festlegen.</p>	<p>(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen muss eine rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts errichten; er hat dafür das notwendige Stiftungsvermögen bereitzustellen, das notwendige Stiftungsgeschäft zu tätigen und die Anerkennung der Stiftung zu beantragen. Die Stiftung soll den Namen „Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ tragen. Die Stiftung soll ihre Informations- und Beratungstätigkeit am 1. Januar 2024 aufnehmen. Zweck der Stiftung ist es, eine unabhängige, qualitätsgesicherte und kostenfreie Information und Beratung von Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen sicherzustellen. Hierdurch sollen die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und die Patientenorientierung im Gesundheitswesen gestärkt und mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll den Inhalt des Stiftungsgeschäfts einschließlich der Bestimmung des Stiftungssitzes im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten festlegen.
<p>(2) Für die Erfüllung des Stiftungszwecks nach Absatz 1 Satz 4 betreibt die Stiftung bundesweit ein zentral organisiertes digitales und telefonisches Informations- und Beratungsangebot und hält regionale Informations- und Beratungsangebote vor. Die Information und Beratung der Patientinnen und Patienten hat niedrigschwellig, bürgernah, barrierefrei, zielgruppengerecht und qualitätsgesichert zu erfolgen. Die nähere Ausgestaltung des Beratungs- und Informationsangebots obliegt dem Stiftungsvorstand. Für die Beratung in gesundheitsrechtlichen Fragen gilt § 6 Absatz 2 des Rechtsdienstleistungsgesetzes entsprechend.</p>	<p>(2) Für die Erfüllung des Stiftungszwecks nach Absatz 1 Satz 4 betreibt die Stiftung bundesweit ein zentral organisiertes digitales und telefonisches Informations- und Beratungsangebot und hält in jedem Land regionale Informations- und Beratungsangebote vor. Sie kann dazu mit anderen geeigneten Einrichtungen zusammenarbeiten. Die Information und Beratung der Patientinnen und Patienten hat niedrigschwellig, bürgernah, barrierefrei, zielgruppengerecht und qualitätsgesichert zu erfolgen. Die nähere Ausgestaltung des Beratungs- und Informationsangebots obliegt dem Stiftungsvorstand. Für die Beratung in gesundheitsrechtlichen Fragen gilt § 6 Absatz 2 des Rechtsdienstleistungsgesetzes entsprechend.</p>
<p>(3) In der Stiftungssatzung sind als Organe der Stiftung vorzusehen:</p>	(3) u n v e r ä n d e r t
<p>1. der Stiftungsvorstand,</p>	
<p>2. der Stiftungsrat und</p>	
<p>3. der wissenschaftliche Beirat.</p>	
<p>(4) Geschäftsführendes Organ der Stiftung ist der Stiftungsvorstand. Er besteht aus zwei Mitgliedern. Sie werden durch den Stiftungsrat bestellt und abberufen. Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen schlagen dem Stiftungsrat einvernehmlich zwei Personen zur Berufung in den Stiftungsvorstand vor. Der Stiftungsrat kann den Vorschlag nur aus wichtigem Grund ablehnen. Erfolgt innerhalb einer in der Stiftungssatzung festgelegten Frist kein einvernehmlicher Vorschlag, bestellt der Stiftungsrat die Mitglieder des Stiftungsvorstands, ohne an Vorschläge der in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen gebunden zu sein. Die Amtszeit des Stiftungsvorstands beträgt fünf Jahre. Die erneute Bestellung ist zulässig.</p>	<p>(4) Geschäftsführendes Organ der Stiftung ist der Stiftungsvorstand. Er besteht aus zwei Mitgliedern. Sie werden durch den Stiftungsrat bestellt und abberufen. Die Mitglieder des Stiftungsvorstands üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus; die Stiftungssatzung regelt insbesondere auch das Nähere zum Bewerbungsverfahren für die Gewinnung von Personen als Mitglieder des Stiftungsvorstands. Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen schlagen dem Stiftungsrat einvernehmlich zwei Personen zur Berufung in den Stiftungsvorstand vor. Der Stiftungsrat kann den Vorschlag nur aus wichtigem Grund ablehnen. Erfolgt innerhalb einer in der Stiftungssatzung festgelegten Frist kein einvernehmlicher Vorschlag, bestellt der Stiftungsrat die Mitglieder des Stiftungsvorstands, ohne an Vorschläge der in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen gebunden zu sein. Die Amtszeit des Stiftungsvorstands beträgt fünf Jahre. Die erneute Bestellung ist zulässig.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(5) Dem Stiftungsvorstand obliegen alle Stiftungsaufgaben, soweit sie nicht dem Stiftungsrat nach Absatz 7 vorbehalten sind. Die Aufgaben und Pflichten des Stiftungsvorstands sind insbesondere,	(5) Dem Stiftungsvorstand obliegen alle Stiftungsaufgaben, soweit sie nicht dem Stiftungsrat nach Absatz 7 vorbehalten sind. Die Aufgaben und Pflichten des Stiftungsvorstands sind insbesondere,
1. die Geschäfte der Stiftung in eigener Verantwortung so zu führen, wie es die Förderung ihres Zwecks nach Absatz 1 Satz 4 erfordert, und jährlich einen Haushaltsplan vorzubereiten,	1. u n v e r ä n d e r t
2. den Stiftungsrat bei Entscheidungen und Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, die der Verwirklichung des Stiftungszwecks nach Absatz 1 Satz 4 dienen, hinzuzuziehen,	2. u n v e r ä n d e r t
3. auf Vorschlag des Stiftungsrats die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats nach Absatz 9 Satz 3 zu bestellen,	3. auf Vorschlag des Stiftungsrats die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats nach Absatz 9 Satz 3 zu bestellen und abzurufen ,
4. den Stiftungsrat und den wissenschaftlichen Beirat regelmäßig, mindestens zweimal jährlich, über die Geschäfte der Stiftung zu unterrichten,	4. den Stiftungsrat und den wissenschaftlichen Beirat regelmäßig, mindestens zweimal jährlich, über die Geschäfte der Stiftung zu unterrichten sowie dem Stiftungsrat jährlich einen Bericht zu den Schwerpunkten und Problemlagen im Gesundheitssystem und in der Beratungstätigkeit der Stiftung vorzulegen ,
5. zu gewährleisten, dass die Information und Beratung zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Themen auf Basis des Standes der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgen und am Beratungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtet sind,	5. u n v e r ä n d e r t
6. Sorge dafür zu tragen, dass Beschäftigte der Stiftung oder an der Verfolgung des Stiftungszwecks beteiligte Institutionen und Personen nicht tätig werden, wenn und soweit bei diesen ein wirtschaftliches oder sonstiges Interesse vorliegt, das geeignet ist, die Unabhängigkeit des Informations- und Beratungsangebots vorübergehend oder dauerhaft zu gefährden,	6. u n v e r ä n d e r t
7. nach Ablauf jedes Kalenderjahres den Jahresabschluss und einen Bericht über die Erfüllung des Stiftungszwecks nach Absatz 1 Satz 4 zu erstellen und den Bericht barrierefrei zu veröffentlichen und	7. u n v e r ä n d e r t
8. im Einvernehmen mit dem Stiftungsrat eine externe und unabhängige Überprüfung des Jahresabschlusses in Auftrag zu geben; die Kosten hierfür	8. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
werden aus der jährlichen Zuwendung nach Absatz 11 Satz 1 finanziert.	
(6) <i>Der Stiftungsrat besteht aus 13 Mitgliedern.</i> Dem Stiftungsrat sollen angehören:	(6) Dem Stiftungsrat sollen angehören:
1. die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,	1. die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten als dem Stiftungsrat vorsitzende Person ,
2. <i>sechs</i> benannte ehrenamtliche Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen, die sich für die Belange von Patientinnen und Patienten einsetzen,	2. sieben benannte ehrenamtliche Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen, die sich für die Belange von Patientinnen und Patienten einsetzen,
3. zwei benannte Mitglieder des Deutschen Bundestages,	3. u n v e r ä n d e r t
4. je eine benannte Vertreterin oder ein benannter Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und des in der Bundesregierung für den Verbraucherschutz zuständigen Ressorts <i>und</i>	4. je eine benannte Vertreterin oder ein benannter Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und des in der Bundesregierung für den Verbraucherschutz zuständigen Ressorts,
5. <i>je eine</i> benannte <i>Vertreterin</i> oder <i>ein benannter</i> Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und <i>des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.</i>	5. zwei benannte Vertreterinnen oder Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und
	6. im Fall einer anteiligen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen in Höhe von 7 Prozent an der Finanzierung nach Absatz 11 Satz 5 eine benannte Vertreterin oder ein benannter Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.
Die oder der <i>Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten benennt</i> die Mitglieder des Stiftungsrats nach Satz 2 Nummer 2 <i>im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit; das in der Bundesregierung für den Verbraucherschutz zuständige Ressort erhält die Gelegenheit zur Stellungnahme.</i> Die in Satz 2 Nummer 3 bis 5 genannten Institutionen benennen die Mitglieder jeweils durch <i>schriftliche</i> oder <i>elektronische Erklärung.</i> Die Amtszeit der Mitglieder des Stiftungsrats beträgt fünf Jahre. Die Amtszeit kann um eine zweite Amtszeit verlängert werden.	Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benennen die Mitglieder des Stiftungsrats nach Satz 1 Nummer 2. Die in Satz 1 Nummer 3 bis 6 und Satz 2 genannten Institutionen benennen die Mitglieder des Stiftungsrats jeweils durch Erklärung in Textform gegenüber der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten binnen einer von ihr oder ihm gesetzten Frist. Erfolgt die Benennung der Mitglieder des Stiftungsrats nach Satz 1 Nummer 2 nicht fristgerecht , benennt die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten die Mitglieder des Stiftungsrats nach Satz 1 Nummer 2. Die Amtszeit der Mitglieder des Stiftungsrats beträgt fünf Jahre. Die Amtszeit kann um eine

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	zweite Amtszeit verlängert werden. Stellen die privaten Krankenversicherungsunternehmen die finanzielle Beteiligung vor Ablauf der Amtszeit nach Satz 5 oder 6 ein, endet die Mitgliedschaft der Vertreterin oder des Vertreters nach Satz 1 Nummer 6; die Stiftungssatzung regelt insbesondere das Nähere zu dem Zeitpunkt und den Folgen des Verlusts der Mitgliedschaft.
(7) Der Stiftungsrat hat insbesondere folgende Aufgaben:	(7) Der Stiftungsrat hat insbesondere folgende Aufgaben:
1. die Mitglieder des Stiftungsvorstands nach Absatz 4 Satz 3 zu bestellen und abzuberaufen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Personen vorzuschlagen, die zu Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats nach Absatz 9 Satz 3 bestellt werden,	2. die Personen vorzuschlagen, die zu Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats nach Absatz 9 Satz 3 bestellt und als Mitglieder abberufen werden,
3. den Stiftungsvorstand bei der Verfolgung des Stiftungszwecks nach Absatz 1 Satz 4 zu unterstützen und zu beaufsichtigen,	3. u n v e r ä n d e r t
4. über den Haushalt der Stiftung zu entscheiden und die Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie die Rechnungslegung zu kontrollieren <i>und</i>	4. über den Haushalt der Stiftung zu entscheiden und die Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie die Rechnungslegung zu kontrollieren,
5. über die erforderlichen Maßnahmen nach Absatz 10 Satz 5 zu entscheiden.	5. über die erforderlichen Maßnahmen nach Absatz 10 Satz 5 zu entscheiden,
	6. über Änderungen der Stiftungssatzung zu beschließen und
	7. zu dem Bericht des Stiftungsvorstands nach Absatz 5 Satz 2 Nummer 4 zu den Schwerpunkten und Problemlagen im Gesundheitssystem und in der Beratungstätigkeit der Stiftung Stellung zu nehmen.
(8) Der Stiftungsrat beschließt mit der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Mitglieder. Er ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte seiner Mitglieder anwesend sind. <i>Den Mitgliedern</i> , die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. benannt sind, <i>stehen ihre Stimmrechte</i> ausschließlich bei <i>Entscheidungen</i> über die <i>Haushaltsaufstellung</i> und bei Entscheidungen über die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung nach Absatz 7 Nummer 4 zu.	(8) Der Stiftungsrat beschließt mit der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Mitglieder; Beschlüsse nach Absatz 7 Nummer 6 bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der anwesenden Mitglieder. Er ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte seiner Mitglieder anwesend sind. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme der oder des Vorsitzenden oder von dessen Vertretung. Die Mitglieder , die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. benannt sind, haben ein Stimmrecht ausschließlich bei Beschlüssen über die Erteilung des Einvernehmens des Stiftungsrats zur

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Beauftragung einer externen und unabhängigen Überprüfung des Jahresabschlusses durch den Stiftungsvorstand nach Absatz 5 Satz 2 Nummer 8, die Bestellung und Abberufung der Mitglieder des Stiftungsvorstands nach Absatz 7 Nummer 1 und die Änderung der Stiftungssatzung nach Absatz 7 Nummer 6 sowie bei Entscheidungen über die Haushaltsaufstellung und die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung nach Absatz 7 Nummer 4. Die Mitglieder, die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannt sind, können gegen Anträge zur Beschlussfassung über die Haushaltsaufstellung und die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung nach Absatz 7 Nummer 4 begründeten Einspruch erheben. Wurde gegen einen Antrag ganz oder teilweise Einspruch erhoben, können die Anträge zur Haushaltsaufstellung und die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung nach Absatz 7 Nummer 4, soweit gegen sie Einspruch erhoben wurde, nur mit einer Mehrheit von drei Vierteln der anwesenden Mitglieder beschlossen werden. Das Nähere wird in der Stiftungssatzung geregelt.</p>
<p>(9) Dem wissenschaftlichen Beirat gehören sechs unabhängige Sachverständige an. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats nehmen ihre Aufgaben ehrenamtlich wahr. Sie werden vom Stiftungsvorstand auf Vorschlag des Stiftungsrats <i>für eine Amtszeit von fünf Jahren</i> bestellt. Die Amtszeit kann um eine zweite Amtszeit verlängert werden. Der wissenschaftliche Beirat berät den Stiftungsvorstand und den Stiftungsrat bei grundsätzlichen Fragen, die sich bei der Erfüllung ihrer Aufgaben ergeben.</p>	<p>(9) Dem wissenschaftlichen Beirat gehören sechs unabhängige Sachverständige an. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats nehmen ihre Aufgaben ehrenamtlich wahr. Sie werden vom Stiftungsvorstand auf Vorschlag des Stiftungsrats bestellt und abberufen. Die Amtszeit beträgt fünf Jahre und kann um eine zweite Amtszeit verlängert werden. Der wissenschaftliche Beirat berät den Stiftungsvorstand und den Stiftungsrat bei grundsätzlichen Fragen, die sich bei der Erfüllung ihrer Aufgaben ergeben.</p>
<p>(10) Die Tätigkeit der Stiftung ist <i>jährlich</i> extern und unabhängig zu evaluieren. Gegenstand der Evaluierung ist die Überprüfung</p>	<p>(10) Die Tätigkeit der Stiftung ist alle zwei Jahre extern und unabhängig zu evaluieren. Gegenstand der Evaluierung ist die Überprüfung</p>
<p>1. der Zweckerfüllung der Stiftung,</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. der Unabhängigkeit des Informations- und Beratungsangebots,</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. der wissenschaftlichen Qualität des Informations- und Beratungsangebots sowie</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>4. der Beratungszahlen.</p>	<p>4. u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Die Evaluation wird durch den Stiftungsvorstand mit Zustimmung des Stiftungsrats in Auftrag gegeben. Die Evaluation wird aus der <i>jährlichen</i> Zuwendung nach Absatz 11 Satz 1 finanziert. Bei Mängeln, die sich bei der Evaluation ergeben haben, entscheidet der Stiftungsrat über erforderliche Maßnahmen zu deren Beseitigung.</p>	<p>Die Evaluation wird durch den Stiftungsvorstand mit Zustimmung des Stiftungsrats in Auftrag gegeben. Die Evaluation wird aus der Zuwendung nach Absatz 11 Satz 1 finanziert. Bei Mängeln, die sich bei der Evaluation ergeben haben, entscheidet der Stiftungsrat über erforderliche Maßnahmen zu deren Beseitigung.</p>
<p>(11) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen <i>und die privaten Krankenversicherungsunternehmen wenden</i> der Stiftung ab dem 1. Januar 2024 einen Gesamtbetrag von jährlich 15 Millionen Euro zu. <i>Der Anteil der privaten Krankenversicherungsunternehmen an dem Gesamtbetrag nach Satz 1 unter Berücksichtigung der Anpassung nach Satz 8 beträgt 7 Prozent.</i> Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen <i>und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren</i> mit der Stiftung das Nähere zur <i>gemeinsamen</i> Finanzierung nach <i>den Sätzen 1 und 2.</i> Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt zur Finanzierung nach Satz 1 von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. <i>Die Aufwendungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen nach Satz 2 werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. durch eine Umlage entsprechend dem Anteil der jeweiligen Versicherten erhoben. Das Nähere zum Umlageverfahren bestimmt</i> der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. Der Betrag nach Satz 1 ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen <i>sowie</i> der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. dürfen auf die Tätigkeit der Stiftung keinen Einfluss nehmen; die Tätigkeit des <i>entsandten Mitglieds im Stiftungsrat</i> bleibt hiervon unberührt.“</p>	<p>(11) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wendet der Stiftung ab dem 1. Januar 2024 einen Gesamtbetrag von jährlich 15 Millionen Euro zu. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Stiftung das Nähere zur Finanzierung nach Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt zur Finanzierung nach Satz 1 von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen können sich anteilig in Höhe von 7 Prozent an den Kosten der Finanzierung beteiligen. In diesem Fall verringert sich der von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuzuwendende Gesamtbetrag nach Satz 1 um den entsprechenden Betrag. Im Fall einer finanziellen Beteiligung vereinbart der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Stiftung das Nähere zur finanziellen Beteiligung. Der Betrag nach Satz 1 ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. dürfen auf die Tätigkeit der Stiftung keinen Einfluss nehmen; die Tätigkeit der von ihnen entsandten Mitglieder des Stiftungsrats bleibt hiervon unberührt.“</p>
	<p>2. § 87a wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aa) Satz 5 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aaa) In Nummer 6 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bbb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
	ccc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
	„8. ab dem 1. April 2023 kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen.“
	bb) Die folgenden Sätze werden 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 Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Die Bereinigung darf nicht zu Lasten anderer Arztgruppen gehen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden. Das Nähere regelt der Bewertungsausschuss.“
	b) Nach Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:
	„(3b) Die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen sind ab dem 1. April 2023 von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten. Abweichend von § 85 Absatz 1 und abweichend von Absatz 3 Satz 1 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der Vergütung der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien vereinbaren Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, soweit die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten abgerechneten Leistungen die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausschöpfen. Für die erstmalige Festsetzung der auf die Leistungen nach § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist das Honorarvolumen zugrunde zu legen, das für die Leistungen im zweiten Quartal 2022 gemäß dem Verteilungsmaßstab ausgezahlt worden ist. Sofern dieses Honorarvolumen Zuschläge enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vereinbaren. Für die Zuschläge nach den Sätzen 3 und 5 sowie nach § 87a Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. Mai 2023 Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die erstmalig rückwirkend zum 1. April 2023 für das laufende Kalenderjahr und danach jährlich für das folgende Kalenderjahr zu erfolgen hat. Zudem beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31. Mai 2023 Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsbezogenen Anteil an dieser Ausgleichszahlung bemisst. Eine Ausgleichszahlung ist dann zu leisten, wenn die auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung nach Satz 1 zu gewährleisten. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben sich auf ein Verfahren zu verständigen, nach dem die Kassenärztliche Vereinigung die Entwicklung der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen und von deren Vergütungen gegenüber den Krankenkassen nachweist. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen des Absatzes 3 Satz 5 Nummer 8, dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz insbesondere auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2025 über die Ergebnisse.“</p>
	<p>3. In § 87b Absatz 1 Satz 3 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Gleiches gilt unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3b Satz 7 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben“ eingefügt.</p>
	<p>4. § 87c Satz 4 wird wie folgt gefasst:</p>
	<p>„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu Form, Inhalt, Umfang sowie zu den Fristen der Berichte und zu den Datenübermittlungen zu bestimmen.“</p>
	<p>5. Dem § 115e Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:</p>
	<p>„Eine Verordnung der in Satz 1 zweiter Halbsatz genannten Krankenfahrten kann durch das Krankenhaus erfolgen.“</p>
	<p>6. Nach § 422 wird folgender § 423 eingefügt:</p>
	<p>„§ 423</p>
	<p>Verlängerung der erweiterten Austauschmöglichkeit für Apotheken</p>
	<p>(1) Abweichend von § 129 Absatz 1 Satz 1 bis 5 und 8 und dem Rahmenvertrag</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>nach § 129 Absatz 2 dürfen Apotheken, wenn das auf der Grundlage der Verordnung abzugebende Arzneimittel in der Apotheke nicht vorrätig ist, an den Versicherten ein in der Apotheke vorrätiges wirkstoffgleiches Arzneimittel abgeben; ist kein wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke vorrätig und ist das abzugebende Arzneimittel auch nicht lieferbar, darf ein lieferbares wirkstoffgleiches Arzneimittel abgegeben werden. Sofern weder das auf der Grundlage der Verordnung abzugebende noch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorrätig oder lieferbar ist, dürfen Apotheken nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ein pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittel an den Versicherten abgeben; dies ist auf dem Arzneiverordnungsblatt zu dokumentieren. Satz 2 gilt entsprechend für den Fall, dass der verordnende Arzt den Austausch des Arzneimittels ausgeschlossen hat. Apotheken dürfen ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt von der ärztlichen Verordnung im Hinblick auf Folgendes abweichen, sofern dadurch die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs nicht überschritten wird:</p>
	<p>1. die Packungsgröße, auch mit einer Überschreitung der nach der Packungsgrößenverordnung definierten Messzahl,</p>
	<p>2. die Packungsanzahl,</p>
	<p>3. die Entnahme von Teilmengen aus Fertigarzneimittelpackungen, soweit die abzugebende Packungsgröße nicht lieferbar ist, und</p>
	<p>4. die Wirkstärke, sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen.</p>
	<p>(2) Abweichend von den Regelungen in dem Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 4 findet in den Fällen des Absatzes 1 keine Beanstandung und Retaxation statt.</p>
	<p>(3) Diese Regelung tritt am 1. August 2023 außer Kraft.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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 § 4 Satz 1 Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und werden die Wörter „der Einsatz telemedizinischer Verfahren ist zulässig.“ angefügt.
	2. Nach § 5 Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Der Einsatz telemedizinischer Verfahren ist zulässig.“
	3. Dem § 7 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Der Einsatz telemedizinischer Verfahren ist zulässig.“
	4. In § 12 Satz 1 werden die Wörter „Menschen oder zur Risikovorsorge“ durch die Wörter „Menschen, zur Risikovorsorge, zur Vermeidung von Diskriminierungen oder zur Sicherstellung der Versorgung mit Blutprodukten“ ersetzt.
	5. § 12a wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Die Bewertung des Risikos, das zu einem Ausschluss oder einer Rückstellung von der Spende führt, ist im Fall neuer medizinischer, wissenschaftlicher oder epidemiologischer Erkenntnisse zu aktualisieren und daraufhin zu überprüfen, ob der Ausschluss oder die Rückstellung noch erforderlich ist, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau von Empfängerinnen und Empfängern von Blutspenden sicherzustellen. Die Bewertung eines durch das Sexualverhalten bedingten Risikos, das zu einem Ausschluss oder einer Rückstellung von der Spende führt, hat auf Grundlage

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>des jeweiligen individuellen Sexualverhaltens der spendewilligen Person zu erfolgen. Die sexuelle Orientierung und die Geschlechtsidentität der spendewilligen Person oder der Sexualpartnerinnen oder der Sexualpartner der spendewilligen Person dürfen bei der Bewertung des Risikos, das zu einem Ausschluss oder einer Rückstellung von der Spende führt, nicht berücksichtigt werden.“</p>
	<p>b) Die folgenden Absätze 4 und 5 werden angefügt:</p>
	<p>„(4) Die Bundesärztekammer hat bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats]</p>
	<p>1. abweichend von Absatz 1 Satz 2 eine Neubewertung der Risiken, die zu einem Ausschluss oder einer Rückstellung führen, vorzunehmen, soweit sie aufgrund der Änderung dieses Gesetzes durch das Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland – und zur Änderung weiterer Gesetze vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] erforderlich ist und</p>
	<p>2. die Feststellungen der Höchstaltersgrenzen für Erst- und Wiederholungsspender aufzuheben unter Verweis auf eine individuelle Feststellung der Spendetauglichkeit nach ärztlicher Beurteilung.</p>
	<p>(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Auswirkungen der Regelungen des Absatzes 1 Satz 2 und 3 auf die Blutproduktesicherheit und das Blutspendeaufkommen bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 29. auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats].“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 1b
	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	Dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird folgender § 36 angefügt:
	„§ 36
	Unterstützung und Beratung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterstützt und berät das Bundesministerium für Gesundheit nach dessen Weisung bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben hinsichtlich der Krankenhausversorgung und -finanzierung, insbesondere durch die Übermittlung und Erläuterung von Datenauswertungen, soweit nicht Geschäfts- oder Betriebsgeheimnisse betroffen sind. Das Bundesministerium für Gesundheit kann diese Auswertungen auch den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übermitteln; es setzt die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 über die Art der Unterstützungsleistungen des Instituts in Kenntnis. Die Aufwendungen des Instituts werden durch den Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 ausgeglichen.“
	Artikel 1c
	Änderung der Apothekenbetriebsordnung
	Nach § 38 der Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2560) geändert worden ist, wird folgender § 39 eingefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„§ 39
	Übergangsvorschrift zur Verlängerung der erweiterten Austauschmöglichkeiten für Apotheken
	Abweichend von § 17 Absatz 5 Satz 1 und 2 und Absatz 5a dürfen Apotheken, wenn das auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung abzugebende Arzneimittel nicht vorrätig oder lieferbar ist, dieses bei Abgabe an Versicherte in der privaten Krankenversicherung, Beihilfeempfänger und Selbstzahler nach Maßgabe des § 423 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch ein anderes Arzneimittel ersetzen. Diese Regelung tritt am 1. August 2023 außer Kraft.“
Artikel 2	Artikel 2
	Inkrafttreten
Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.	Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Martina Stamm-Fibich, Hubert Hüppe, Linda Heitmann, Katrin Helling-Plahr, Martin Sichert und Kathrin Vogler

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 20/5334** in seiner 82. Sitzung am 26. Januar 2023 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss sowie den Ausschuss für Klimaschutz und Energie überwiesen.

Die Unterrichtung auf **Drucksache 20/5662** wurde gemäß § 80 Absatz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages an den federführenden Ausschuss und die mitberatenden Ausschüsse überwiesen (Drucksache 20/5887). Der Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung hat sich gutachtlich beteiligt.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage

Die UPD muss neu aufgestellt werden, da deren bisherige Finanzierung ausläuft. Bislang sah die entsprechende Regelung eine Vergabe der Fördermittel an verschiedene Einrichtungen für jeweils eine Laufzeit von zuletzt sieben Jahren vor. In den letzten Jahren wurde zunehmend eine Reform der UPD diskutiert. Im Zentrum dieser Diskussion standen insbesondere die Neutralität der UPD, ihre Unabhängigkeit von wirtschaftlichen und sonstigen Interessen Dritter sowie die Kontinuität ihres Informations- und Beratungsangebots, die laut Gesetzesinitianten aufgrund des Vergabeverfahrens nicht gewährleistet war.

Mit Blick auf die angestrebte Neustrukturierung und Verstetigung der UPD wurde mit dem Gesetz zur Zusammenführung der Krebsregisterdaten vom 18. August 2021 (BGBl. I S. 3890, 3896) das bisherige Vergabeverfahren aus dem Gesetz gestrichen. Im Koalitionsvertrag der die Regierung tragenden Parteien für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages wurde vereinbart, die UPD in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen zu überführen. Zur Umsetzung dieser Vereinbarung soll die UPD laut den Gesetzesinitianten neu strukturiert und nunmehr im Rahmen einer rechtsfähigen Stiftung bürgerlichen Rechts verstetigt werden. Mit der Stiftung werde eine juristische Person des Privatrechts errichtet, die den Anforderungen an Unabhängigkeit, Staatsferne und Kontinuität umfassend Rechnung trage. Der Vorstand der Stiftung sei für die Aufgabe der unabhängigen Information und Beratung der Patientinnen und Patienten verantwortlich. Bei der Ausgestaltung des Vorstands der Stiftung komme den in der Verordnung nach § 140g SGB V genannten oder den nach der Verordnung anerkannten maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen eine wesentliche Rolle zu. Durch die Mitwirkung dieser Organisationen werde laut Gesetzesinitianten insbesondere ein Informations- und Beratungsangebot sichergestellt, das sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiere und den Vorgaben des Koalitionsvertrags Rechnung trage.

Der **Bundesrat** hat in seiner 1030. Sitzung am 10. Februar 2023 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen (Drucksache 20/5662).

Dazu hat die **Bundesregierung** in ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 20/5662 Stellung genommen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 44. Sitzung am 15. März 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD bei Stimmenthaltung

der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/5334 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Klimaschutz und Energie** hat in seiner 54. Sitzung am 15. März 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/5334 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß Einsetzungsantrag auf Drucksache 20/696 in seiner 26. Sitzung am 8. Februar 2023 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/5334 befasst und ist in seiner gutachtlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis gekommen, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbitte daher nicht erforderlich ist (Ausschussdrucksache 20(26)35-3).

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 51. Sitzung am 18. Januar 2023 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 20/5334 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum eine Anhörung durchzuführen.

In seiner 55. Sitzung am 1. März 2023 hat der Ausschuss für Gesundheit die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/5334 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 56. Sitzung am 1. März 2023 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: 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), GKV-Spitzenverband, Institut für das Entgeltssystem 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), Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Steffen Augsberg (Justus-Liebig-Universität Giessen), Florian Dagn (Bundeskanzleramt Österreich), Prof. Dr. Raimund Geene (Berlin School of Public Health), Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Vorsitzender Der Paritätischer Gesamtverband). Auf das Protokoll der Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird verwiesen (Ausschussdrucksachen 20(14)83(1-15) und 20(14)84(1-6).

Der Ausschuss hat in seiner 57. Sitzung am 15. März 2023 seine Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksache 20/5334 fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/5334 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Änderungsanträge

Dem Ausschuss für Gesundheit haben Änderungsanträge der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf Ausschussdrucksache 20(14)82.2neu vorgelegen.

Die Änderungsanträge 1 bis 12 auf Ausschussdrucksache 20(14)82.2neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

* Interessenverknüpfung offengelegt.

Die Änderungsanträge 13 bis 16 auf Ausschussdrucksache 20(14)82.2neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die Fraktion der CDU/CSU hat zudem in der Sitzung beantragt, den in Änderungsantrag 17 auf Ausschussdrucksache 20(14)82.2neu neu eingefügten § 423 Absatz 3 SGB V zu streichen. Diese Änderung wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. abgelehnt. Der unveränderte Änderungsantrag 17 auf Ausschussdrucksache 20(14)82.2neu wurde anschließend einstimmig angenommen.

Ferner hat die Fraktion der CDU/CSU einen Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)82.1neu mit folgendem Inhalt vorgelegt:

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 „diskriminierungsfrei“ 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 sechs 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 ungebremsst 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, dies schließt Trans-Personen mit ein. Diese

Regelungen und die prozeduralen Vorgaben werden von der überwältigenden Mehrheit der Betroffenen 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 bzw. Trans-Personen, 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 oder ein Trans-Person 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.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)82.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Ferner hat die Fraktion der CDU/CSU einen weiteren Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)82.3neu mit folgendem Inhalt vorgelegt:

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

(Entbudgetierung Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater 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 sowie von Kinder- und Jugendpsychiatern.“

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 sowie der Kinder- und Jugendpsychiater 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 im Rahmen des regelhaften Verfahrens mit einzubeziehen (gesamtes Kapitel 4 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (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.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)82.3neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD abgelehnt.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der SPD** erklärte, dass man mit dem Gesetzentwurf den Grundstein für einen echten Neuanfang der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) lege. Der Gesetzentwurf sehe daher eine UPD vor, die frei von privatwirtschaftlichen Interessen sei, in der Mitte der Zivilgesellschaft stehe und kein Inseldasein mehr führe. Durch die sieben Stimmen im Stiftungsrat seien die maßgeblichen Patientenorganisationen unmittelbar an den wichtigsten Entscheidungen beteiligt. Darüber hinaus stelle man Kontinuität in der Beratung sicher. Vorangegangene Brüche der Beratung würden durch den Verzicht auf ein Ausschreibungsverfahren künftig vermieden. Zusätzlich habe man sichergestellt, dass es von der Kassenseite keinen direkten Einfluss auf Entscheidungen über die Beratungstätigkeit im Stiftungsrat gebe. Das Budget der Stiftung habe man von 10 auf 15 Millionen Euro angehoben. So zeige man, dass die unparteiische Beratung und die damit verbundene Stärkung der Patientenrechte etwas wert seien. Die Diskussionen im Laufe des parlamentarischen Verfahrens habe man eng verfolgt und konstruktive Anregungen aufgenommen. Die fachfremden Änderungsanträge seien wichtige Bestandteile für eine gute Gesundheitsversorgung. Insbesondere der Änderungsantrag zur Blutspende sei ein echter Schritt nach vorne, weil man durch die Fokussierung auf das individuelle Risikoverhalten endlich die Abschaffung der Diskriminierung von Männern, die Sex mit Männern hätten, erreiche. Auch die Abschaffung der Altersgrenze sei notwendig gewesen, um den vorherigen Diskriminierungstatbestand aufzuheben. Durch die Verlängerung der erweiterten Austauschmöglichkeiten für Apotheken zeige man, dass das Thema Lieferengpässe und Sicherstellung der Arzneimittelversorgung kurzfristig angegangen werde, bis die sich derzeit in Vorbereitung befindenden strukturellen Regelungen greifen.

Die **Fraktion der CDU/CSU** kritisierte, die Neuregelung der UPD habe sehr lange gedauert, so dass das sehr qualifizierte Personal mitunter die Patientenberatung zwischenzeitlich verlassen habe. Zudem sei unklar, ob die Regelung in der nun vorgelegten Fassung rechtlich zulässig sei. Diese Bedenken habe auch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geäußert. Daher sei es keineswegs gesichert, dass die neue UPD zum 1. Januar 2024 ihre Arbeit aufnehmen könne und die noch verbliebenen Berater dann noch einen Arbeitsplatz hätten. Weiter sei eine Steuerfinanzierung sinnvoller als eine Finanzierung über die Krankenkassen gewesen, um die Unabhängigkeit der UPD sicherzustellen. Auch sei keineswegs garantiert, dass die UPD eine unabhängige Leistung zum Wohl der Patienten bekomme, zumal die Vertretungen der Patientinnen und Patienten im Stiftungsrat keine Mehrheit hätten. Aus diesen Gründen lehne die Fraktion den Gesetzentwurf ab und verwies auf den eigenen Änderungsantrag.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erklärte, dass man über die von der Fraktion der CDU/CSU geäußerte Kritik irritiert sei, da die Trägerschaft der UPD in den letzten Jahren, unter deren Regierung, an ein privates Callcenter vergeben worden sei. Im Gegensatz dazu schaffe man mit der Stiftung eine Stetigkeit und Verlässlichkeit, die es bisher nicht gegeben habe. Es handele sich um das erste große Projekt zur Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten, das man aus dem Koalitionsvertrag umsetze. Dadurch werde das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Unabhängigkeit der Beratung maßgeblich gestärkt. Es sei gelungen, den Betrag, den die UPD künftig zur Verfügung habe, nochmals aufzustocken. Ebenfalls sei gelungen, örtliche Anlaufstellen der UPD vorzusehen. Eine Finanzierung der UPD aus den Mitteln der Gesetzlichen und Privaten Krankenkassen habe

sich bewährt und gewähre eine deutlich größere Unabhängigkeit in der Finanzierung, als die parlamentarische Freigabe von Haushaltsmitteln. Durch die jetzige Ausgestaltung der Stiftung, seien es die Patientenorganisationen, die das Beratungsgeschäft maßgeblich bestimmen und ausgestalten könnten. Im Gegensatz zur bisherigen Praxis der UPD sei dies ein großer Fortschritt.

Die **Fraktion der FDP** erklärte, mit dem Gesetzentwurf stelle man die Unabhängige Patientenberatung auf ein solides Fundament, das bisherigen Befürchtungen bezüglich der Unabhängigkeit Rechnung trage. Die nun gewählte Rechtsform garantiere Unabhängigkeit und Staatsferne. Die Dauerhaftigkeit der Informations- und Beratungsstrukturen werde durch die Finanzierung mit 15 Millionen Euro samt der Möglichkeit der zukünftigen Anpassung der Summe sichergestellt. Eine freiwillige Beteiligung der Privaten Krankenversicherung an der Finanzierung der UPD trage verfassungsrechtlichen Vorbehalten angemessen Rechnung. Sowohl bei der Benennung des Stiftungsvorstandes als auch im Stiftungsrat spielten die Patientenorganisationen und die Selbsthilfe künftig eine gewichtigere Rolle. Weiter stelle man im Zuge der UPD-Reform sicher, dass pauschale Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung bei Blut- und Plasmaspende künftig nicht mehr möglich sei. Außerdem blieben Austauschfreiheiten für die Apotheken bis zum Inkrafttreten zielgerichteter struktureller gesetzlicher Maßnahmen zu Bekämpfung von Lieferengpässen übergangsweise bestehen, um Knappheiten bei bestimmten Arzneimitteln abfedern zu können. Schließlich würden echte finanzielle Verbesserungen für Kinder- und Jugendärzte erreicht und zudem ein besonderer Fokus auf die enorme Bedeutung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gelegt.

Die **Fraktion der AfD** führte aus, dass es in der Vergangenheit erhebliche Zweifel an der Unabhängigkeit und auch an der Qualität der Beratung der UPD gegeben habe. Die Finanzierung durch die Gesetzlichen Krankenkassen stehe der angestrebten Unabhängigkeit der UPD jedoch entgegen und stelle zudem eine Zweckentfremdung der Beitragszahlungen der Versicherten dar. Es sei zudem weiterhin unklar, inwieweit die vorhandenen Beratungsstrukturen übernommen werden könnten. Eine solche Übernahme sei indes dringend erforderlich, um bis zum 1. Januar 2024 eine funktionierende Patientenberatung aufzubauen. Die Fraktion der AfD plädiere zudem für eine steuerfinanzierte UPD. Nur so könne die Unabhängigkeit gewährleistet werden. Mit dem Änderungsantrag zur Blutspende würden medizinische Aspekte ideologischen Aspekten untergeordnet. Dies bringe zum Ausdruck, dass man die Gesundheit der Bevölkerung nicht erst nehme. Das Risiko einer Infektion bestehe für alle gleichermaßen und sei bei den in Rede stehenden Personengruppen um den Faktor 100 erhöht. Der Änderungsantrag der CDU/CDU zum Transfusionsgesetz sei hinsichtlich der Rückstellungsfristen eine Verschlechterung gegenüber der aktuell geltenden Regelungen. Der Antrag sei daher überflüssig und werde folglich ebenfalls abgelehnt.

Die **Fraktion DIE LINKE** begrüßt zwar, dass mit diesem Gesetz die UPD verstetigt und deren Privatisierung durch die Bundesregierung mit dem damaligen Patientenbeauftragten Karl-Josef Laumann wieder rückgängig gemacht werde, indem die Patientenberatung in eine Stiftung überführt werde. Allerdings werde mit dem Gesetz die Unabhängigkeit der neuen UPD nicht sichergestellt; das Gegenteil sei der Fall, da die oder der Patientenbeauftragte der Bundesregierung zusammen mit dem GKV-Spitzenverband deren Satzung formulieren und die Stiftung über die GKV und PKV finanziert werden solle. Dadurch werde dieses Konstrukt auch verfassungsrechtlich bedenklich, wie die Wissenschaftlichen Dienste des Bundestages feststellten. Ebenfalls hätte eine Organisationsstruktur eingerichtet werden müssen, in der die Vertreter der Patientenorganisationen ausschlaggebend seien. Stattdessen hätten Institutionen des Staates und der Bundesregierung gemeinsam mit den Krankenkassen und der privaten Versicherungswirtschaft die Mehrheit im Stiftungsrat. Zu begrüßen sei, dass die Blutspende jetzt endlich diskriminierungsfreier gestaltet werden soll, allerdings überzeuge weder der Vorschlag der Ampelkoalition, der wiederum die Bundesärztekammer mit der Erstellung einer neuen Leitlinie beauftragt, die sich bisher bei der Herstellung von Diskriminierungsfreiheit schwer getan habe, noch der der Union, da nicht auf eine evidenzbasierte Rückstellungsfrist abgestellt werde.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 20/5334, 20/5662 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1

Zur Bezeichnung

Das Gesetz wird rechtsförmlich in ein Mantelgesetz umgewandelt. Dieses Mantelgesetz erhält daher eine neue Bezeichnung.

Zur Überschrift

Es handelt sich um eine rechtsförmliche Folgeänderung. Dadurch, dass das Gesetz in ein Mantelgesetz umgewandelt wird, sind die einzelnen Artikel mit Überschriften zu versehen.

Zum Eingangssatz

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 0

Zu § 20a Absatz 3 bis 8 SGB V

Mit der Änderung werden die Rechtsgrundlagen für die gemeinsame Aufgabenwahrnehmung der Krankenkassen im Bereich der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung des Urteils des Bundessozialgerichts vom 18. Mai 2021 (B 1 A 2/20R) fortentwickelt.

Die auf der Grundlage der bislang geltenden Fassung des § 20a Absatz 3 und 4 beruhende gemeinsame Aufgabenwahrnehmung erfolgt künftig als Gemeinschaftsaufgabe der Krankenkassen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, ohne dass diese zu einer Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verpflichtet wären. Die Regelung stellt sicher, dass auch nach Beendigung der verpflichtenden Zusammenarbeit der Krankenkassen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die im Rahmen der Krankenkassen-Initiative „GKV-Bündnis für Gesundheit“ entwickelte gemeinsame Strategie zur lebenslagenbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung gesichert und fortentwickelt wird.

Zu Absatz 3

Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20a Absatz 1 und 2 bestimmt Absatz 3, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten Arbeitsgemeinschaften bilden. Mit ihrer Hilfe sollen die Ziele und Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen in enger Abstimmung mit den an den Vereinbarungen weiteren Beteiligten unterstützt werden. Dazu gehört insbesondere die gemeinsame Förderung von Projekten.

Die Berücksichtigung der Stellungnahmen der weiteren an den Landesrahmenvereinbarungen Beteiligten stellt sicher, dass länderspezifische Bedarfe etwa hinsichtlich der mit den Leistungen zu verfolgenden Handlungsfelder und Zielgruppen berücksichtigt werden. Die Widerspruchsstelle wird abweichend von § 85 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Sozialgerichtsgesetzes geregelt.

Zu Absatz 4

Mit der Regelung werden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Wesentlichen unterstützende Aufgaben zugewiesen. Dazu gehört insbesondere die Empfehlung von gemeinsamen, kassenartenübergreifenden Handlungsfeldern und Schwerpunktthemen im Zusammenwirken mit den Zielen der nationalen Präventionsstrategie sowie die Steuerung und Koordination von bundesweiten Initiativen. Um die Unterstützung und Ergänzung der Maßnahmen auf Landesebene durch die Aufgabenwahrnehmung auf Bundesebene zu gewährleisten, beteiligt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Krankenkassen an der Erstellung des Jahresarbeitsprogrammes. Durch die Berücksichtigung einer Stellungnahme der Nationalen Präventionskonferenz soll das Leistungsgeschehen der Krankenkassen noch besser in die nationale Präventionsstrategie eingebunden werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Dritte, wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Satz 1 Nummer 2 und 3 beauftragen. Dabei sind die Vorgaben des § 197b entsprechend zu berücksichtigen.

Zu Absatz 5

Mit der vorgesehenen jährlichen Unterrichtung des Bundesministeriums für Gesundheit wird Transparenz über das Leistungsgeschehen hergestellt. Die Regelung dient zugleich der Evaluation der Vorschriften.

Zu Absatz 6

Die Regelung soll eine neutrale wissenschaftliche Begleitung der Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sicherstellen. Der festgelegte Turnus führt dazu, dass die gewonnenen Erkenntnisse dem Bundesministerium zeitgleich mit dem Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Absatz 4 Satz 1 SGB V vorzulegen sind. Durch diese Instrumente sollen die Leistungen der Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zum einen systematischer erfasst und strukturiert werden sowie eine evidenzbasierte Verbesserung der Qualität dieser Leistungen ermöglicht werden.

Zu Absatz 7

Die Regelungen stellen sicher, dass die bislang mittels Initiative „GKV-Bündnis für Gesundheit“ erfolgte Aufgabenwahrnehmung mit einem unveränderten finanziellen Engagement der Krankenkassen fortgeführt werden kann. Von dem Mindestausgabewert für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten von 2,34 Euro je Versicherten müssen die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2024 mindestens einen Betrag in Höhe von 0,53 Euro je Versicherten für diese Aufgaben aufwenden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird verpflichtet, die Mittel für die Ausführung der Aufgaben nach Absatz 3 nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Arbeitsgemeinschaften in den Ländern zu verteilen. Durch die Verpflichtung, das Verfahren zur Verteilung der Mittel in der Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu regeln, soll sichergestellt werden, dass die Krankenkassen im Rahmen der Beschlussfassung des zuständigen Selbstverwaltungsorgans an der Verteilungsregelung beteiligt werden. Aus den Mitteln sind ebenfalls die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 einschließlich der ihm durch die Wahrnehmung seiner Aufgaben entstehenden sächlichen und personellen Aufwendungen zu finanzieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die zur Durchführung seiner Aufgaben nach Absatz 4 im Folgejahr notwendigen Ausgaben einschließlich der sächlichen und personellen Aufwendungen jeweils zum 1. Oktober eines Jahres mit der Haushaltsplanung festzulegen.

Zu Absatz 8

Um einen nahtlosen Übergang der Verwaltung der bereits erteilten Zuwendungen zu gewährleisten, wird geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in die Rechte und Pflichten der zu diesem Zeitpunkt bereits entstandenen Zuwendungsverhältnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufgaben eintritt. Die Vorschriften der Bundeshaushaltsordnung gelten insoweit entsprechend.

Zu Nummer 1**Zu § 65b Absatz 1 Satz 1 bis 3 SGB V**

§ 65b Absatz 1 Satz 1 SGB V des Gesetzentwurfs sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts errichten soll. Insoweit wird nunmehr redaktionell klargestellt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gesetzlich verpflichtet ist, die Handlungen vorzunehmen, die zur Errichtung der Stiftung erforderlich sind. Ein Ermessen besteht dabei nicht.

Zu § 65b Absatz 2 Satz 1 SGB V

§ 65b Absatz 2 Satz 1 SGB V des Gesetzentwurfs sieht vor, dass die Stiftung UPD bundesweit ein zentral organisiertes digitales und telefonisches Informations- und Beratungsangebot betreibt und regionale Informations- und Beratungsangebote vorhält. Mit der Ergänzung wird gewährleistet, dass in jedem Land regionale Informations- und Beratungsangebote vorgehalten werden. Dadurch wird sichergestellt, dass Betroffene, die die Möglichkeiten der digitalen und telefonischen Informations- und Beratungsangebote aus den verschiedensten Gründen nicht nutzen können, in jedem Land auf die regionalen Angebote zurückgreifen können. Die Änderung entspricht auch einem Vorschlag des Bundesrates.

Zu § 65b Absatz 2 Satz 2 SGB V

In der Begründung des Gesetzentwurfs ist zu § 65b Absatz 1 Satz 4 SGB V ausgeführt, dass zur Erreichung des Stiftungszwecks Synergieeffekte genutzt werden sollen. Insbesondere ist eine Kooperation und systematische Vernetzung der UPD mit anderen relevanten bundesweiten und regionalen Akteuren und Angeboten möglich. Als andere geeignete Akteure und Angebote kommen insbesondere Pflegeberatungsstellen, Verbraucherberatungsstellen, Stellen der unabhängigen Teilhabeberatung, Einrichtungen des Suchthilfesystems oder die Kontakt- und Informationsstellen der Selbsthilfe in Betracht. Denkbar wäre aber auch, die Kooperation mit Einzelpersonen, sofern dies zur Verfolgung des Stiftungszwecks geeignet ist. Dadurch sollen Doppelstrukturen vermieden und Lücken im bestehenden Beratungsangebot geschlossen werden.

Mit der vorgesehenen Änderung wird hierzu nun ausdrücklich im Regelungstext klargestellt, dass die Stiftung zur Erfüllung des Stiftungszwecks mit anderen geeigneten Einrichtungen zusammenarbeiten kann. Die Entscheidung, ob und mit welchen Einrichtungen die Stiftung kooperieren sowie mit welchen Einrichtungen sie sich vernetzen möchte, liegt bei der Stiftung. Damit können Kooperationsvereinbarungen je nach Bedarf des Beratungsangebots abgeschlossen oder geändert werden.

Zu § 65b Absatz 4 SGB V

In der Begründung zu § 65b Absatz 4 SGB V des Gesetzentwurfs wird bereits ausgeführt, dass der hauptamtliche Stiftungsvorstand aus zwei Mitgliedern besteht und hierzu Dienstverträge mit den Vorstandsmitgliedern zu schließen sind. Mit der Änderung wird dies nunmehr auch unmittelbar im Regelungstext ausdrücklich klargestellt. Die Änderung entspricht auch einem Vorschlag des Bundesrates.

Dabei sind die Vorstandsmitglieder durch ein offenes Bewerbungsverfahren zu ermitteln. Insoweit wird zudem im Regelungstext klargestellt, dass insbesondere auch das Nähere zum Bewerbungsverfahren für die Gewinnung von Personen als Mitglieder des Stiftungsvorstands in der Satzung zu regeln ist (vgl. auch § 81 Absatz 1 Satz 3 Nummer 5 BGB). In der Satzung bzw. im Rahmen des Dienstvertrages können für den Fall des Wechsels der Vorstandsmitglieder Regelungen bzw. Vereinbarungen getroffen werden, die einen geordneten Übergang der Geschäfte auf den neuen Vorstand sicherstellen.

Neben dem Näheren zum Bewerbungsverfahren für die Gewinnung von Personen als Mitglieder des Stiftungsvorstands können in der Satzung auch insbesondere das Nähere zu den Aufgaben und Vertretungsbefugnissen der einzelnen Vorstandsmitglieder geregelt werden.

Zu § 65b Absatz 5 Satz 2 Nummer 3 SGB V

Der Gesetzentwurf enthält bislang eine Regelung für die Bestellung und Abberufung nur für die Mitglieder des Stiftungsvorstands (vgl. § 65b Absatz 4 Satz 3 SGB V). Da auch die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats bestellt werden, wird zur Klarstellung und aus Gründen der Einheitlichkeit der Regelung auch für die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats die Abberufung ausdrücklich geregelt. Dies entspricht zudem einem Vorschlag des Bundesrates.

Zu § 65b Absatz 5 Satz 2 Nummer 4 SGB V

Nach § 65b Absatz 1 SGB V des Gesetzentwurfs ist Zweck der Stiftung, eine unabhängige, qualitätsgesicherte und kostenfreie Information und Beratung von Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen sicherzustellen. Dadurch sollen die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und die Patientenorientierung im Gesundheitswesen gestärkt und mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden. Zur Stärkung des Stiftungsrats bei dessen Unterstützung und Beratung des Stiftungsvorstands bei der Verfolgung dieses Zwecks werden die Aufgaben des Stiftungsvorstands dahingehend erweitert, dass dieser dem Stiftungsrat jährlich einen Bericht zu den Schwerpunkten und Problemlagen im Gesundheitssystem und in der Beratungstätigkeit der Stiftung vorzulegen hat. Dazu gehören auch die Aktivitäten der Vernetzung und Kooperation mit geeigneten Einrichtungen. Das Nähere dazu und die Frage einer möglichen Veröffentlichung kann in der Satzung geregelt werden.

Zu § 65b Absatz 6 SGB V

Zu Satz 1

§ 65b Absatz 6 Satz 1 SGB V des Gesetzentwurfs regelt die Anzahl der Mitglieder des Stiftungsrats. Die Anzahl der Mitglieder des Stiftungsrats ergibt sich allerdings auch aus § 65b Absatz 6 Satz 2 SGB V des Gesetzentwurfs, sodass auf die Benennung der Zahl der Mitglieder des Stiftungsrats in Absatz 6 Satz 1 verzichtet werden kann.

Mit der Änderung wird im Gesetz unmittelbar vorgegeben, dass die bzw. der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten die geborene Vorsitzende bzw. der geborene Vorsitzende des Stiftungsrats ist. Dies unterstreicht zusätzlich die wesentliche Rolle im Stiftungsrat. Als vorsitzende Person obliegt ihr oder ihm die Einberufung des Stiftungsrats und die Leitung der Sitzungen.

Zudem wird durch Änderungen bezüglich der Nummern 2, 4, 5 und 6 in Absatz 6 Satz 1 die Anzahl der Mitglieder im Stiftungsrat gegenüber dem Gesetzentwurf erhöht. Zum einen wird die Anzahl der ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen, die sich für die Belange von Patientinnen und Patienten einsetzen, von sechs auf sieben erhöht. Dadurch werden die Patientenorganisationen im Stiftungsrat zusätzlich gestärkt. Zum anderen wird die Anzahl der Vertreterinnen bzw. Vertreter des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) auf zwei Mitglieder erhöht. Dadurch wird der GKV-SV als Körperschaft des öffentlichen Rechts und Stifter, der die Finanzmittel für die Stiftung zur Verfügung stellt, vor allem in Bezug auf Entscheidungen über die Haushaltsaufstellungen und bei Entscheidung über die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung gestärkt. Der GKV-SV verfügt gerade in diesem Bereich über besondere Expertise und Erfahrung, die er im Stiftungsrat einbringen kann. Zudem berücksichtigt die Erhöhung der Mitglieder des GKV-SV die unterschiedliche Höhe der zur Verfügung gestellten Finanzmittel im Verhältnis zum Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband), der bei einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen mit einem Sitz im Stiftungsrat vertreten ist.

Ferner wird geregelt, dass der PKV-Verband im Falle einer anteiligen finanziellen Beteiligung in Höhe von 7 Prozent an den Kosten, eine Vertreterin oder einen Vertreter als Mitglied für den Stiftungsrat benennen kann.

In dem derzeit geltenden § 65b SGB V, der unter anderem die Finanzierung der aktuellen UPD regelt, ist vorgesehen, dass sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) angemessen an der Förderung der UPD finanziell beteiligen können. Auf dieser Grundlage beteiligen sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Förderung der UPD mit aktuell 713.000 Euro pro Jahr.

Bei den Patientinnen und Patienten, auf die sich die Beratungstätigkeit der künftigen Stiftung UPD bezieht, handelt es sich in erster Linie um gesetzlich Krankenversicherte; erfasst werden aber weiterhin auch privat Krankenversicherte. Da damit auch privat Krankenversicherte von dem Informations- und Beratungsangebot profitieren können und sollen sowie im Lichte der sehr positiven und konstruktiven Erfahrungen bei der Finanzierung der bisherigen UPD durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen, wird geregelt, dass sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen anteilig in Höhe von 7 Prozent an den Kosten, der Finanzierung der Stiftung UPD beteiligen können. Damit wird an diesem auf Freiwilligkeit basierenden Finanzierungsmodell der PKV auch für die Zukunft festgehalten. Mit dieser Finanzierungssystematik – im Kern durch die GKV mit Blick auf die GKV-Versicherten und zusätzlich auf freiwilliger Basis durch die PKV – kommt wie bisher auch, die Informations- und Beratungstätigkeit der Stiftung UPD reflexhaft auch dem geringfügigen Anteil der Bevölkerung zugute, der nicht in der GKV oder PKV versichert ist. An diesem Umfang, der dem Versichertenanteil der PKV unter Berücksichtigung der Rolle der Beihilfe entspricht, wird festgehalten und er wird gesetzlich verankert.

Zudem wird rein vorsorglich für den Fall der Beendigung der anteiligen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen geregelt, dass auch die Mitgliedschaft im Stiftungsrat endet. Dabei ist in der Satzung insbesondere das Nähere zu Zeitpunkt und Folgen der Beendigung der Mitgliedschaft im Stiftungsrat zu regeln.

Zu den Sätzen 2 bis 4

Ziel der Reform der UPD ist es, die UPD in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen zu überführen. Vor diesem Hintergrund sieht der neue Absatz 6 Satz 2 vor, dass die ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen, die sich für die Belange von Patientinnen und Patienten einsetzen, für den Stiftungsrat unmittelbar von den maßgeblich von den in der

Verordnung nach § 140g SGB V genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt werden.

Bereits in der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 65b Absatz 6 SGB V ist ausgeführt, dass die Mitglieder des Stiftungsrats gegenüber der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten benannt werden. Mit der Neufassung des Absatz 6 Satz 3 wird dies auch im Gesetzestext ausdrücklich klargestellt. Damit sichergestellt ist, dass der Stiftungsrat seine Tätigkeit nach Errichtung der Stiftung zeitnah aufnehmen kann, sind die Mitglieder innerhalb einer von der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gesetzten Frist zu benennen.

Um sicherzustellen, dass der Stiftungsrat zeitnah nach Errichtung der Stiftung seine Tätigkeit aufnehmen kann, wird mit dem neuen Absatz 6 Satz 4 im Sinne einer Ersatzvornahme geregelt, dass die oder der Patientenbeauftragte die ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen, die sich für die Belange von Patientinnen und Patienten einsetzen, benennt, wenn die maßgeblich von den in der Verordnung nach § 140g SGB V genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen nicht fristgerecht die Mitglieder benennen.

Zu § 65b Absatz 7 SGB V

Mit dem Änderungsantrag werden die Aufgaben des Stiftungsrats auf die Beschlussfassung über Änderungen der Satzung und die Abgabe einer Stellungnahme zum jährlichen Bericht des Vorstands zu den Schwerpunkten und Problemlagen im Gesundheitssystem und in der Beratungstätigkeit der Stiftung erweitert.

Ein wesentlicher Bestandteil des Stiftungsgeschäfts – als eine Voraussetzung für die Errichtung der Stiftung – ist die Satzung. Satzungsänderungen werden in der Regel vom Stiftungsrat als Aufsichts- und Kontrollgremium beschlossen. Aufgrund der Bedeutung dieser Aufgabe wird diese ausdrücklich in den nicht abschließend in § 65b Absatz 7 enthaltenen Aufgabenkatalog aufgenommen.

Bei der Aufnahme der Stellungnahme zum Bericht des Vorstands nach Absatz 5 Satz 2 Nummer 4 als neue Aufgabe in den Aufgabenkatalog handelt es sich um eine Folgeänderung, die sich daraus ergibt, dass der Stiftungsrat den Stiftungsvorstand bei der Verfolgung des Stiftungszwecks zu unterstützen hat. Im Rahmen seiner Stellungnahme zum jährlichen Bericht nach § 65b Absatz 5 Satz 2 Nummer 4 kann der Stiftungsrat dem Stiftungsvorstand Maßnahmen vorschlagen, um den aufgezeigten Problemlagen zu begegnen. In Abhängigkeit der aufgezeigten Problemlagen können die Mitglieder im Rahmen der Stellungnahme aber auch Ausführungen dazu aufnehmen, inwieweit die jeweilige Institution, die die Mitglieder im Stiftungsrat vertreten, Maßnahmen ergreifen können, um den Problemlagen zu begegnen. Das Nähere dazu und die Frage einer möglichen Veröffentlichung, kann in der Satzung geregelt werden.

Der Gesetzentwurf enthält bislang eine Regelung für die Bestellung und Abberufung nur für die Mitglieder des Stiftungsvorstands (vgl. § 65b Absatz 4 Satz 3 SGB V). Da auch die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats bestellt werden, wird zur Klarstellung und aus Gründen der Einheitlichkeit der Regelung auch für die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats die Abberufung ausdrücklich geregelt. Dies entspricht zudem einem Vorschlag des Bundesrates.

Zu § 65b Absatz 8 SGB V

Zu Satz 1

Die Stiftungssatzung ist ein wesentlicher Bestandteil des Stiftungsgeschäfts. Dessen Inhalt wird vom GKV-SV im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und im Benehmen mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten festgelegt. Änderungen an der Stiftungssatzung sind dementsprechend von besonderer Bedeutung. Aus diesem Grund wird geregelt, dass Änderungen an der Stiftungssatzung mit einer qualifizierten Mehrheit von zwei Dritteln der anwesenden Mitglieder zu beschließen sind.

Zu Satz 2

Die Änderung trifft wiederum rein vorsorglich Vorkehrungen für den Fall, dass sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht anteilig in Höhe von 7 Prozent an den Kosten der Finanzierung der Stiftung UPD beteiligen. In diesem Fall würde der Stiftungsrat aus 14 statt 15 Mitgliedern bestehen. Bei Abstimmungen könnte damit das Abstimmungsergebnis auch mit Stimmgleichheit ausfallen. Um eine Mehrheitsentscheidung herbeizuführen, wird geregelt, dass bei Stimmgleichheit die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange

der Patientinnen und Patienten, die bzw. der im Übrigen nach Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 auch den Vorsitz im Stiftungsrat innehat, oder dessen Vertretung entscheidet. Das Nähere zur Vertretung kann in der Satzung geregelt werden.

Zu Satz 4 bis 7

Die Änderung sieht für drei weitere konkrete Bereiche – d. h. neben Entscheidungen über die Haushaltsaufstellung und bei Entscheidungen über die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung – eine Erweiterung der Stimmrechte der Vertreterinnen bzw. Vertreter des GKV-SV und des PKV-Verbands vor.

Zum einen wird geregelt, dass die Mitglieder des GKV-SV und des PKV-Verbands im Stiftungsrat stimmberechtigt sind bei der Erteilung des Einvernehmens des Stiftungsrats bezüglich der Beauftragung einer externen und unabhängigen Überprüfung des Jahresabschlusses durch den Stiftungsvorstand gemäß Absatz 5 Satz 2 Nummer 8. Diese Erweiterung korrespondiert unmittelbar mit der Expertise und Stimmberechtigung der Mitglieder von GKV-SV und PKV-Verband bei Entscheidungen über die Haushaltsaufstellung und bei Entscheidungen über die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung.

Zum anderen wird geregelt, dass die Vertreterinnen oder die Vertreter des GKV-SV bei der Bestellung und Abberufung des Stiftungsvorstands stimmberechtigt sind. Bei der Bestellung und Abberufung der Mitglieder des Vorstands handelt es sich um eine Angelegenheit von grundsätzlicher Bedeutung, weil der Stiftungsvorstand die Stiftungsarbeit bestimmt und damit den Grundstock für die Tätigkeit der Stiftung legt. Es ist daher sachgerecht, dem GKV-SV, der den Hauptanteil an der Finanzierung trägt, in dieser Angelegenheit ein Stimmrecht einzuräumen. Dasselbe gilt auch im Falle einer finanziellen Beteiligung der PKV.

Des Weiteren wird geregelt, dass der GKV-SV bei Änderungen der Stiftungssatzung stimmberechtigt ist. Da der GKV-SV Stifter ist und mit dem Stiftungsgeschäft – im Einvernehmen mit dem BMG und im Benehmen mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten – auch die Satzung erlässt, ist es sachgerecht, wenn dessen Mitglieder im Stiftungsrat auch bei Satzungsänderungen stimmberechtigt sind. Aufgrund der grundlegenden Bedeutung ist im Falle einer finanziellen Beteiligung auch der PKV-Verband bei Satzungsänderungen stimmberechtigt.

Der GKV-SV als Körperschaft des öffentlichen Rechts und Stifter stellt nach dem Gesetzentwurf, unbeschadet der nunmehr vorgesehenen freiwilligen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen, den Hauptteil der Finanzmittel für die Stiftung zur Verfügung. Vor dem Hintergrund dieser wichtigen konstitutiven Rolle und der Verantwortung des GKV-SV für die Versichertengelder wird in Absatz 8 Satz 5 geregelt, dass den Mitgliedern des GKV-SV im Stiftungsrat ein Einspruchsrecht bei Entscheidungen über die Haushaltsaufstellung und bei Entscheidungen über die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung nach Absatz 7 Nummer 4 zukommt. In Satz 5 wird ausdrücklich geregelt, dass die Mitglieder des GKV-SV im Stiftungsrat den Einspruch zu begründen haben. Dies setzt die Darlegung substantiiert Gründe für den Einspruch voraus. Nach dem der GKV-SV Einspruch erhoben hat, ist – gegebenenfalls in einer neuen Sitzung – über die den Einspruch begründenden Umstände zu beraten. Die Entscheidungen über die Haushaltsaufstellung und die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung nach Absatz 7 Nummer 4, auf die sich der Einspruch bezieht, sind dann gemäß Satz 6 mit einer Mehrheit von drei Vierteln der anwesenden Mitglieder des Stiftungsrats zu beschließen. Das Nähere zum Einspruch wird gemäß Satz 7 in der Stiftungssatzung geregelt.

Zu § 65b Absatz 9 Satz 3 und 4 SGB V

Der Gesetzentwurf enthält bislang eine Regelung für die Bestellung und Abberufung nur für die Mitglieder des Stiftungsvorstands (vgl. § 65b Absatz 4 Satz 3 SGB V). Da auch die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats bestellt werden, wird zur Klarstellung und aus Gründen der Einheitlichkeit der Regelung auch für die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats die Abberufung ausdrücklich geregelt. Dies entspricht zudem einem Vorschlag des Bundesrates.

Zu § 65b Absatz 10 SGB V

Mit der Evaluation sollen die Zweckerfüllung der Stiftung, die Unabhängigkeit des Informations- und Beratungsangebots sowie deren wissenschaftliche Qualität und die Beratungszahlen überprüft werden. Sinn und Zweck der Evaluation ist es, mögliche Defizite bei der Tätigkeit der Stiftung zeitnah aufzuzeigen und zügig Maßnahmen zur Beseitigung dieser Defizite ergreifen zu können.

Die Evaluation ist – auch wenn sie durch Externe erfolgt – mit einem gewissen Aufwand verbunden. Dies kann bei einem jährlichen Turnus zusätzlich ins Gewicht fallen. Zudem könnten bei einer jährlichen Evaluation – in Abhängigkeit des Ergebnisses – die zu ergreifenden Maßnahmen womöglich nicht rechtzeitig, d. h. vor der nächsten Evaluation, umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf eine bessere Vorbereitung und Durchführung wird in Absatz 10 Satz 1 der Turnus der Evaluation um ein Jahr verlängert. Bei einer Evaluation alle zwei Jahre können zum einen mögliche Defizite zeitnah aufgezeigt und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Zum anderen verbliebe der Stiftung ausreichend Zeit, für die Umsetzung dieser Maßnahmen.

Bei der Änderung in Absatz 10 Satz 4 handelt es sich um eine Folgeänderung. Die Verlängerung des Evaluationsturnus hat auch Auswirkungen auf die Finanzierung. Die Evaluation wird alle zwei Jahre aus der Zuwendung finanziert.

Neben dieser Evaluation steht die externe und unabhängige Überprüfung des Jahresabschlusses, die gemäß Absatz 5 Satz 2 Nummer 8 des Gesetzentwurfs der Stiftungsvorstand im Einvernehmen mit dem Stiftungsrat in Auftrag zu geben hat.

Zu § 65b Absatz 11 SGB V

Bei der Neufassung des Absatzes 11 handelt es sich um Folgeänderungen. Der Gesamtbetrag zur Finanzierung der Stiftung UPD ist zunächst vom GKV-SV zu tragen. Im Falle einer anteiligen finanziellen Beteiligung der PKV in Höhe von 7 Prozent an den Kosten vereinbart der PKV-Verband mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Stiftung das Nähere zur finanziellen Beteiligung. Die Beteiligung der PKV an den Gesamtkosten ist somit auch angemessen, da sich die privaten Krankenversicherungen entsprechend der ungefähren Verteilung ihrer versicherten Personen an der Finanzierung beteiligen. In diesem Fall reduziert sich der Betrag des GKV-SV entsprechend.

Zu den Nummern 2 und 3

Zu § 87a und § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V

Um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten, soll die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in der ambulanten Kinderheilkunde in finanzieller Hinsicht dauerhaft attraktiv ausgestaltet werden. Darüber hinaus werden künftig die Grundversorgung sowie ausgewählte diagnostische und therapeutische Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Unter Nummer 2 Buchstabe a wird durch Einfügung einer neuen Nummer 8 vorgesehen, dass kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgungs-, Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen, die Anleitung von Bezugs- und Betreuungspersonen sowie Leistungen der kontinuierlichen Mitbetreuung ab dem 1. April 2023 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit festen Preisen vergütet werden. Hierzu soll auf die entsprechenden Leistungen des Kapitels 14 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abgestellt werden (EBM-Gebührenordnungspositionen Abschnitt 14.2 sowie die Nummern 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314). In Anlehnung an bislang praktizierte Verfahren wird unter Doppelbuchstabe bb zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen unter Berücksichtigung der geltenden Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals ein vom Bewertungsausschuss vorgegebenes Bereinigungsverfahren, ggf. mit möglichen Korrekturverfahren, soweit diese etwa zur Berücksichtigung von Nachwirkungen der Corona-Pandemie, im Zusammenhang mit der Rückführung der Bereinigungsvolumen für Leistungen nach Satz 5 Nummer 5 oder aufgrund der TSVG-Bereinigungskorrektur (vgl. die Sätze 8 bis 12) notwendig sind, vorgesehen.

Mit der Regelung unter Nummer 3 werden die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der Honorarverteilung ausgenommen. Hierdurch wird die Finanzierungssicherheit der Praxen der Kinder- und Jugendmedizin dauerhaft gewährleistet und die Versorgung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt. Durch die Fortgewährung von Zuschlägen, die über die vollständige Vergütung der erbrachten Leistungen hinausgehen, können die Krankenkassen die Sicherstellung der vorhandenen Strukturen weiterhin unterstützen und nachhaltig fördern. Hierfür ist der Verbleib dieser Leistungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unabdingbar, da bei einer Vergütung der abgerechneten Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung kein Raum für die Fortgewährung dieser Zuschläge bleibt.

Fachärzte und –Fachärztinnen der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfüllen in der ambulanten Versorgung eine zentrale und sehr wichtige Aufgabe. Sie behandeln die jüngsten Patientinnen und Patienten und übernehmen dabei eine einzigartige und besondere Verantwortung, die zugleich viel Geduld und Einfühlungsvermögen erfordert. Notwendige Untersuchungen und Behandlungen sind vielfach schwieriger durchzuführen. Kinder und Jugendliche besitzen keine oder nur eine geringe gesundheitliche Eigenkompetenz und sie können keine oder nur in begrenztem Umfang Eigenverantwortung für ihre Gesundheit so übernehmen, wie es Erwachsene können. Darüber hinaus sind nicht nur die Belange der Kinder zu berücksichtigen, sondern auch diejenigen der Eltern beziehungsweise Begleitpersonen. Häufig sind nicht nur akute medizinische Erkrankungen zu behandeln und damit zusammenhängende Fragen zu beantworten, sondern ist auch der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen und sind die sich diesbezüglich bietenden Möglichkeiten darzulegen, Entwicklungsstörungen zu erkennen und zu mindern, und ist gegebenenfalls auch über weitere sozialrechtliche Möglichkeiten zu informieren. Kinder entwickeln sich in ihren ersten Lebensjahren in einem erheblichen Maße, so dass mit jedem Lebensmonat oder -alter andere Aspekte relevant sind und besonders berücksichtigt werden müssen. Auf Grund dieser herausragenden Verantwortung und der dargestellten Besonderheiten in der Praxis unterscheidet sich die Betreuung und Behandlung in der Kinderheilkunde sowie in der Kinderpsychiatrie in einem erheblichen Maß von anderen Fachgebieten. Zudem dürfen in diesem Gebiet ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden, so dass der Wegfall der Mengenbegrenzung und der Honorarverteilung für diese Arztgruppe unter Beachtung der vielfältigen Besonderheiten angemessen ist.

Damit das Verbot der Honorarbegrenzung und -minderung für Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, vollständig zu Lasten der Krankenkassen erfolgt und nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht, wird in § 87a ein neuer Absatz 3b eingefügt (vgl. Nummer 2 Buchstabe b). Durch diese Regelung werden die Krankenkassen ab dem 1. April 2023 zur Übernahme der Vergütung dieser Leistungen in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung verpflichtet. Da die genaue Höhe des notwendigen Honorars erst nach der vollständigen Abrechnung und damit nach Ablauf eines Abrechnungszeitraums bekannt ist, haben die Krankenkassen die fehlende Vergütung nachzuzahlen, sofern die im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlte Summe für die Vergütung der genannten Leistungen nicht ausreicht. Aus diesem Grund gilt für diesen Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung die befreiende Wirkung der Zahlung nicht, da anderenfalls eine Nachzahlung durch die Krankenkassen nicht möglich wäre. Sofern eine Vergütung für einen vereinbarten, jedoch nicht abgerufenen Leistungsbedarf gezahlt worden ist, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung Zuschläge zu vereinbaren, für die der nicht ausgeschöpfte Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu nutzen ist. Ziel der Zuschläge ist die Förderung des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, um eine ärztliche Tätigkeit in diesem Bereich attraktiver zu gestalten und eine adäquate Versorgung der Kinder und Jugendlichen sicherzustellen.

Zur erstmaligen Festsetzung des Teils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, der auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin entfällt, ist das Honorarvolumen zu Grunde zu legen, das für diese Leistungen auf Basis des Verteilungsmaßstabes im zweiten Quartal 2022 ausgezahlt worden ist. Durch die Bezugnahme auf dieses Quartal wird sichergestellt, dass eine bedarfsorientierte Abbildung des Leistungsbedarfs und der entsprechenden Vergütungshöhe erfolgt. Soweit Steigerungen im Punktwert erfolgt sind, sind diese bei der Festlegung des Honorarvolumens ebenso wie zu erwartende Mengensteigerungen zu berücksichtigen. Beinhaltet das Honorarvolumen Zuschläge, die durch den Verteilungsmaßstab festgesetzt worden sind, sind auch diese zu berücksichtigen. Dabei haben die Vertragsparteien diese Zuschläge als Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vereinbaren. Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass auch künftig diese Zuschläge an die Kinder- und Jugendmediziner ausgezahlt werden und ihnen nicht ein geringeres Honorar zur Verfügung steht, wie es bei einer Vergütung ausschließlich der erbrachten Leistungen der Fall wäre. Für diese Zuschläge sowie für diejenigen, die bei einer nicht vollständig abgerufenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Satz 3 zu vereinbaren sind, gilt die befreiende Wirkung der Zahlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung weiterhin. Absatz 2 findet hier keine Anwendung. Gleiches gilt für die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 und 3 vereinbarten Zuschläge im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin.

Zwecks Schaffung einheitlicher Verfahren zur Anpassung des Honorarvolumens als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird der Bewertungsausschuss verpflichtet, Vorgaben für dieses Verfahren zu beschließen. Das Verfahren ist erstmalig für die rückwirkende Festsetzung zum 1. April 2023 für das laufende Kalenderjahr

und danach jährlich für das folgende Kalenderjahr anzuwenden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Ausgangsvolumen das Honorarvolumen des zweiten Quartals 2022 nach Anwendung des Verteilungsmaßstabes ist. Das Honorarvolumen ist demnach nicht neu festzustellen, sondern lediglich entsprechend der jeweiligen Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 und der Punktwertsteigerung anzupassen.

Zudem wird der Bewertungsausschuss verpflichtet, Vorgaben zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen zu machen. Die Ermittlung des Anteils hat sich dabei nach dem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil der Krankenkasse an der vorliegenden Ausgleichszahlung zu bemessen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Anteile der Krankenkassen ihrem Leistungsmengenanteil entsprechen und von den Krankenkassen nachvollzogen werden können. Eine Ausgleichszahlung ist durch die Krankenkassen zu leisten, wenn die vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung der erbrachten Leistungen nach Satz 1 zu gewährleisten. Der neue Absatz 3b ist auch von der Regelung des Absatzes 6 umfasst, so dass der Bewertungsausschuss einen Beschluss zur erforderlichen Datenerfassung zu treffen hat.

Damit eine ausreichende Transparenz über die Entwicklung der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin und dessen Vergütungen für alle Vertragsparteien hergestellt wird, haben sich die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung auf ein entsprechendes Verfahren zum Nachweis zu verständigen.

Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, die Regelungen zur Aussetzung der Budgets des Versorgungsbereichs der Kinderheilkunde sowie zur extrabudgetären Vergütung ausgewählter Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Hinblick auf die Erreichung der damit verbundenen Ziele zu analysieren und die Ergebnisse in einem Bericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Für die erforderliche Datenerfassung und -übermittlung seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gilt § 87 Absatz 3f SGB V entsprechend.

Durch die Ergänzung in § 87b Absatz 1 Satz 3 wird klargestellt, dass alle Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, keinen Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars im Honorarverteilungsmaßstab unterliegen dürfen. Zugleich wird sichergestellt, dass zur Finanzierung der fehlenden Vergütung nicht das Vergütungsvolumen für die hausärztliche Versorgung herangezogen wird. Sofern das eigene Honorarvolumen für die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendheilkunde für die Vergütung sämtlicher Leistungen nicht ausreichen sollte, haben die Krankenkassen die fehlende Vergütung vollständig nach Abschluss des Abrechnungszeitraums der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlen. Durch die Benennung des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin wird der Bezug zu den Leistungen des Kapitels 4 des EBM hergestellt, die der allgemeinen und der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin (Kinder-Kardiologie, Neuropädiatrie, pädiatrische Hämatologie und Onkologie) sowie den pädiatrischen Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung (pädiatrisch-gastroenterologische, pädiatrisch-pneumologische und pädiatrisch-rheumatologische Gebührenordnungspositionen sowie die Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse sowie der pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie) zurechenbar sind. Alle Leistungen, auch wenn sie künftig in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, müssen auch weiterhin dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 entsprechen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen Versicherte nicht beanspruchen und die Ärztinnen und Ärzte nicht bewirken.

Zu Nummer 4

Zu § 87c Satz 4 SGB V

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (VStG) wurde der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Aufgabe übertragen, einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über den Honorarumsatz je Arzt und Arztgruppe zu veröffentlichen. Am 7. Februar 2023 wurden der Honorarbericht für das zweite Quartal 2021 (19 Monate nach Ende des Quartals) und der Honorarbericht für das dritte Quartal 2021 (16 Monate nach Ende des Quartals) veröffentlicht, womit keine zeitnahe Transparenz gewährleistet ist. Des Weiteren ist die inhaltliche Transparenz zum Beispiel hinsichtlich der Auszahlungsquoten nach Arztgruppen und Kassenärztlichen Vereinigungen unzureichend. Vor diesem Hintergrund wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, künftig durch Rechtsverordnung zu regeln, in welcher Form, mit welchem Inhalt und Umfang und zu welchen Zeitpunkten die Berichte zur Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen durch die Kassenärztliche

Bundesvereinigung zu veröffentlichen sind. Die Ermächtigung umfasst auch Regelungen zu den hierfür erforderlichen Datenübermittlungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu Nummer 5

Zu § 115e Absatz 2 SGB V

Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht nach § 115e Absatz 2 Satz 1 für die Versicherten ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus grundsätzlich kein Anspruch auf Fahrkostenübernahme. Eine Ausnahme sieht das Gesetz aber für die Krankenfahrten vor, die nach § 60 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären. Dabei handelt es sich nach der Krankentransport-Richtlinie insbesondere um Krankenfahrten für Versicherte mit hochfrequenten Behandlungen, Menschen mit Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ und Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 3. Bisher können die Krankenhäuser diese Krankenfahrten aber nur im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a verordnen. Diese Regelung erfasst bei den tagesstationären Behandlungen nur die Krankenfahrten am letzten Tag nach der Entlassung. Durch die Ergänzung erhalten die Krankenhäuser die Möglichkeit, die Krankenfahrten zwischen Krankenhaus und Übernachtungsort für die in der Krankentransport-Richtlinie definierte Versichertengruppe auch für den Zeitraum während der tagesstationären Behandlung zu verordnen. Damit wird Rechtssicherheit für die Versicherten hinsichtlich ihres Leistungsanspruches geschaffen. Zudem verfügen allein die Krankenhäuser ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme über die Informationen und Daten, welche für die Verordnung und dabei insbesondere für die Beurteilung der medizinischen Anforderungen an die Krankenfahrt notwendig sind.

Zu Nummer 6

Zu § 423 – neu – SGB V

Die Regelungen des § 1 Absatz 3 und 4 der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung werden befristet bis 31. Juli 2023 in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch überführt. Für die Bekämpfung von Lieferengpässen und die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung werden derzeit zielgerichtete, strukturelle Maßnahmen für ein Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln vorbereitet, unter anderem auch auf Lieferengpässe zugeschnittene Regelungen zum Austausch von Arzneimitteln in der Apotheke. Zur Überbrückung des Zeitraums bis zum Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung des Gesetzes zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln werden die bisherigen Regelungen des § 1 Absatz 3 und 4 der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung befristet verlängert.

Zu Artikel 1a

Zu Nummer 1

Zu § 4 Satz 1 Nummer 3 TFG

Durch die Regelung wird ermöglicht, dass Spendetermine auch unter dem Einsatz telemedizinischer Verfahren durch eine ärztliche Person betreut werden können. Unter telemedizinischen Verfahren werden Verfahren zur Bereitstellung bzw. Anwendung von medizinischen Dienstleistungen mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien für den Fall verstanden, dass sich die zu behandelnde und die ärztliche Person nicht am selben Ort befinden. Die medizinischen Daten und Informationen für die Prävention, Diagnose, Behandlung und Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten werden in dem Fall in Form von Text, Ton oder Bild oder in anderer Form übertragen. Durch den hierdurch möglichen Verzicht auf die physische Anwesenheit der ärztlichen Person auch in den Spendeeinrichtungen soll dem Mangel an ärztlichem Fachpersonal in den Spendeeinrichtungen Rechnung getragen werden, der in der Vergangenheit bereits dazu geführt hat, dass Spendetermine abgesagt werden mussten und dringend benötigte Spenden nicht gewonnen werden konnten. Die knappen Personalressourcen der Spendeeinrichtungen sollen so effizient wie möglich eingesetzt werden können. Gleichzeitig müssen jedoch die Anforderungen des § 4 Satz 3 Transfusionsgesetz zur Sicherstellung des Spenderschutzes unverändert eingehalten werden. Dies erfordert insbesondere die Sicherstellung der Notfallmedizinischen Versorgung durch den Einsatz von besonders geschultem Personal in den Spendeeinrichtungen.

Der Einsatz von Telemedizin darf grundsätzlich nur in solchen Fällen erfolgen, in denen der Verzicht auf den ärztlichen Kontakt der spendewilligen Person unter Wahrung der ärztlichen Sorgfaltspflichten medizinisch vertretbar ist. Die Bundesärztekammer kann zusätzliche Kriterien für den Einsatz von Telemedizin in ihren Richtlinien nach § 12a Transfusionsgesetz festlegen.

Zu Nummer 2

Zu § 5 Absatz 1 Satz 2 – neu – TFG

Zur Ermöglichung der telemedizinischen Betreuung von Spendeterminen wird klargestellt, dass auch die Feststellung der Spenderauglichkeit durch die ärztliche Person unter dem Einsatz telemedizinischer Verfahren erfolgen kann.

Zu Nummer 3

Zu § 7 Absatz 2 TFG

Zur Ermöglichung der telemedizinischen Betreuung von Spendeterminen wird klargestellt, dass die Spendeentnahme durch qualifiziertes Personal auch im Falle des Einsatzes telemedizinischer Verfahren unter der Verantwortung einer ärztlichen Person erfolgen kann.

Zu Nummer 4

Zu § 12 Satz 1 TFG

Die Rechtsverordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit wird um den Fall ergänzt, dass eine Regelung zur Vermeidung von Diskriminierungen oder zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Blutprodukten erforderlich ist. Das Bundesministerium für Gesundheit wird dadurch in die Lage versetzt, im Bedarfsfall Regelungen durch Rechtsverordnung auch zum Zweck der Vermeidung von Diskriminierungen bei der Spenderauswahl und zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Blutprodukten treffen zu können.

Zu Nummer 5

Zu § 12a Absatz 1 Satz 2 TFG

Mit der Änderung wird eine Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP umgesetzt. Der Koalitionsvertrag sieht die Abschaffung des „Blutspendeverbots für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie für Trans-Personen“ vor.

Bisher sieht die Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) der Bundesärztekammer eine viermonatige Rückstellung von der Blutspende für Personen vor, deren Sexualverhalten ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten birgt. MSM werden nach Sexualkontakt mit einem neuen oder mehr als einem Sexualpartner für vier Monate von der Spende zurückgestellt. Bei allen übrigen Personen erfolgt die viermonatige Rückstellung nach Sexualverkehr mit häufig wechselnden Partnerinnen oder Partnern.

Um Diskriminierungen bei der Spenderauswahl zu vermeiden, soll nunmehr das durch das Sexualverhalten bedingte Risiko, das zu einem Ausschluss oder einer Rückstellung von der Spende führt, nur auf Grundlage des jeweiligen individuellen Sexualverhaltens der spendewilligen Person ermittelt werden. Gruppenbezogene Ausschluss- oder Rückstellungstatbestände sind insoweit nicht mehr zulässig. Zudem wird geregelt, dass die sexuelle Orientierung und die Geschlechtsidentität spendewilliger Personen als solche keine Ausschluss- oder Rückstellungskriterien sein dürfen. Dies schließt ein, dass das eigene Geschlecht, das Geschlecht der Sexualpartnerinnen oder der Sexualpartner sowie die Transgeschlechtlichkeit bei der Bewertung eines durch das Sexualverhalten bedingten Risikos keine Berücksichtigung und in der Richtlinie Hämotherapie keine Erwähnung finden dürfen. Insoweit müssen entsprechend angepasste Rückstellungs- und Ausschlusskriterien definiert werden, um eine vergleichbare Sicherheit der Blutprodukte zu gewährleisten.

Durch das Erfordernis des Einvernehmens der zuständigen Bundesoberbehörde, die die Richtlinie Hämotherapie im Bundesanzeiger bekannt macht, sowie die Rechtsverordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 12 Transfusionsgesetz ist die Aufrechterhaltung eines hohen Sicherheitsniveaus für Blutprodukte gewährleistet.

Zu § 12a Absatz 4

Die Regelung sieht eine Frist von mindestens vier Monaten zur Umsetzung der geänderten Vorgaben durch Anpassung der Richtlinie Hämotherapie vor. In diesem Zeitrahmen muss die Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut eine Neubewertung treffen, welche individuellen Sexualverhaltensweisen unter Beachtung der neuen Rechtslage zur Rückstellung von Spenderinnen und Spender führen. Durch diese Regelungen soll eine zeitnahe und effektive Umsetzung der geänderten gesetzlichen Vorgaben gewährleistet werden. Ebenso sollen die Feststellungen zum Höchstalter für Erst- und Wiederholungsspender in der Richtlinie Hämotherapie dahingehend geändert werden, dass die fixen Vorgaben zur Altersgrenze grundsätzlich ersetzt werden durch eine individuelle, altersoffene ärztliche Beurteilung der Spendentauglichkeit. Um zu vermeiden, dass spendewillige Personen unnötigerweise von der Spende ausgeschlossen werden, sollte es auch auf Grundlage der Vorgaben in der Richtlinie Hämotherapie möglich sein, dass spendewillige Personen, insbesondere auch Erstspender im Alter über 60 Jahren, regelmäßig zur Blutspende zugelassen werden können, wenn keine medizinischen Gründe entgegenstehen.

Zu § 12a Absatz 5

Die Auswirkungen der Neuregelung auf die Blutproduktesicherheit und das Blutspendeaufkommen werden vom Bundesministerium für Gesundheit nach Ablauf des angegebenen Zeitraums evaluiert.

Zu Artikel 1b

Durch die Änderung im KHG wird eine Unterstützungs- und Beratungspflicht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geregelt, soweit dies die Vorbereitung politischer Entscheidungen und gesetzlicher Regelungen zur Krankenhausversorgung betrifft. Da das InEK auf Grund seiner zentralen Aufgaben bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems von Krankenhäusern sowie bei der Festlegung und Bestimmung von Pflegepersonaluntergrenzen in den Krankenhäusern über einen umfangreichen Datenbestand verfügt, ist eine Zuarbeit des InEK auf der Grundlage der auf gesetzlicher Grundlage vom InEK erhobenen Daten insbesondere bei komplexen Fragestellungen unverzichtbar. Die Unterstützungs- und Beratungspflicht des InEK findet dort ihre Grenze, wo Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse von Krankenhäusern, Krankenkassen oder Unternehmen der privaten Krankenversicherung betroffen sind. Auch werden durch das InEK keine personenbezogenen Daten übermittelt. Zur Herstellung von Transparenz kann das BMG die Auswertungen des InEK den Ländern zur Verfügung stellen und informiert die Gesellschafter über die Art der vom BMG beauftragten Unterstützungsleistungen.

Zu Artikel 1c

Die Regelung des § 3 SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung wird befristet bis zum 31. Juli 2023 in die ApBetrO überführt. Für die Bekämpfung von Lieferengpässen und die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung werden derzeit zielgerichtete, strukturelle Maßnahmen für ein Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln vorbereitet, unter anderem auch auf Lieferengpässe zugeschnittene Regelungen zum Austausch von Arzneimitteln in der Apotheke. Zur Überbrückung des Zeitraums bis zum Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung des Gesetzes zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln werden die bisherigen Regelungen des § 3 SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung befristet verlängert.

Zu Artikel 2**Zur Überschrift**

Hierbei handelt es sich ebenfalls um eine Folgeänderung. Artikel 2 zum Inkrafttreten erhält eine Artikelüberschrift.

Berlin, den 15. März 2023

Martina Stamm-Fibich
Berichterstatterin

Hubert Hüppe
Berichterstatter

Linda Heitmann
Berichterstatterin

Katrin Helling-Plahr
Berichterstatterin

Martin Sichert
Berichterstatter

Kathrin Vogler
Berichterstatterin