



Wortprotokoll der 131. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 13. November 2024, 16:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101) und
Zoom-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 12

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

BT-Drucksache 20/11853

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Rechtsausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Rechtsausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen



**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)
– 20/11853 –
Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung
BT-Drucksache 20/12664**

Haushaltsausschuss

c) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**Versorgung von Menschen in psychischen Krisen
und mit psychischen Erkrankungen stärken
BT-Drucksache 20/8860**

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat
Rechtsausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit
und Verbraucherschutz

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und
Kommunen

Haushaltsausschuss

d) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum
stärken
BT-Drucksache 20/11955**

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Sportausschuss

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit
und Verbraucherschutz

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Ausschuss für Digitales

e) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen
Behandlungspflege statt Pauschalen – Die
medizinische Behandlungspflege in der
stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der
Finanzzuständigkeit der gesetzlichen
Krankenversicherung unterstellen
BT-Drucksache 20/3272**

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Haushaltsausschuss



- f) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Verordnung von Hilfsmitteln durch
Physiotherapeuten**

BT-Drucksache 20/5814

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

- g) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Einheitliches Prüfverfahren zur Eignung von
Ärzten mit Studienabschluss aus Drittstaaten**

BT-Drucksache 20/8356

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit
und Verbraucherschutz

- h) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Obligatorische Kenntnisse zum deutschen Gesund-
heitswesen auch für alle Ärzte mit ausländischem
Studienabschluss**

BT-Drucksache 20/9745

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Rechtsausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenab-
schätzung

- i) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Marc Bernhard, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Ambulante ärztliche Versorgung zukunftssicher
machen**

BT-Drucksache 20/10067

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Finanzausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenab-
schätzung
Ausschuss für Digitales
Haushaltsausschuss

- j) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Rahmenbedingungen für die Nutzung von digitalen
Gesundheitsanwendungen verbessern**

BT-Drucksache 20/10731

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Rechtsausschuss
Ausschuss für Digitales



- k) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Ärztliche Ausbildung und Weiterbildung zum Facharzt bei Ambulantisierung der Versorgung sicherstellen und weiterentwickeln

BT-Drucksache 20/10732

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Verteidigungsausschuss

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Haushaltsausschuss

- l) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Studienplätze für die Zulassung im Sanitätsdienst der Bundeswehr vom Bund finanzieren

BT-Drucksache 20/11959

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Verteidigungsausschuss

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Haushaltsausschuss

- m) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Gleichbehandlung von Medizinalcannabis und anderen Arzneimitteln sicherstellen

BT-Drucksache 20/13360

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Haushaltsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktion	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Kob, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Föhr, Alexander Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Janssen, Anne Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Dr. Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid Weiss, Dr. Maria-Lena
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Heitmann, Linda Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Bartelt, Christian Lütke, Kristine Teutrine, Jens Ullmann, Dr. Andrew	Alt, Renata Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kuhle, Konstantin Westig, Nicole
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Schneider, Jörg
Die Linke	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Sitte, Dr. Petra
BSW	Hunko, Andrej	



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG

Mittwoch, 13. November 2024

Marie-Elisabeth-Lüders Haus, Sitzungssaal 3 101

Verbände/Institutionen¹

- ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- AdA - Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze
- Akkreditierte Labore in der Medizin (ALM)
- Aktion Psychisch Kranke (APK)
- AOK-Bundesverband
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) (Keine Teilnahme)
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) (Keine Teilnahme)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (bkjpp) (Keine Teilnahme)
- BKK Dachverband
- Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) (Keine Teilnahme)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (BAG MZEB) (Keine Teilnahme)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP) (Keine Teilnahme)

¹ Gesamtliste aller Fraktionen



- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG Selbsthilfe)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespflegekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
- Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV)
- Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)
- Bundesverband Managed Care (BMC)
- Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren - Integrierte Versorgung (BMVZ)
- Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG-SHG) (Keine Teilnahme)
- Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV) (Keine Teilnahme)
- Deutsche Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (DGMGB) (Keine Teilnahme)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) (Keine Teilnahme)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
- Deutsche Industrie- und Handelskammer (DIHK) (Keine Teilnahme)



- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB)
- Deutsche Stiftung Patientenschutz
- Deutscher Behindertenrat (DBR) (Keine Teilnahme)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
- Deutscher Caritasverband (DCV)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Hebammenverband (DHV)
- Deutscher Landkreistag (DLT)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband (DPWV)
- Deutscher Pflegerat (DPR) (Keine Teilnahme)
- Deutscher Städtetag (DST)
- Diakonie Deutschland
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GdV) (Keine Teilnahme)
- GKV-Spitzenverband
- Hartmannbund - Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (Keine Teilnahme)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Keine Teilnahme)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



- Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands
- Netzwerk der Geburtshäuser (Keine Teilnahme)
- PHAGRO - Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels
- Sozialverband Deutschland (SoVD)
- Sozialverband VdK Deutschland (VdK)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) (Keine Teilnahme)
- Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)
- Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFA)
- Stiftung Deutsche Krebshilfe (Keine Teilnahme)
- ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)
- Verband medizinischer Fachberufe (VMF)
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)
- Verein demokratischer Ärzt*innen (vdää)
- Virchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands

Namentlich benannte Sachverständige

- Alexander Fischer (Gesundheit für Billstedt/Horn)²
- Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main)³

² Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



- Dr. Franjo Grotenhermen (Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin)²
- Dr. Matthias Gruhl (Gesundheitsstaatsrat a. D.)³
- Felix Kiunke (Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo))^{2, 4}
- Prof. Dr Volker. Mall (kbo-Kinderzentrum München, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSP))⁴
- Prof. Dr. Matthias Schrappe (Universität Köln)⁵ (Keine Teilnahme)
- Elmar Stegmeier (Kompetenznetzwerk Social Prescribing)⁴

⁴ Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁵ Auf Vorschlag der Gruppe BSW zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Einzigster Tagesordnungspunkt

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

BT-Drucksache 20/11853

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) – 20/11853 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 20/12664

c) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken

BT-Drucksache 20/8860

d) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken

BT-Drucksache 20/11955

e) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen Behandlungspflege statt Pauschalen – Die medizinische Behandlungspflege in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der Finanzzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellen

BT-Drucksache 20/3272

f) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Verordnung von Hilfsmitteln durch Physiotherapeuten

BT-Drucksache 20/5814

g) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg

Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Einheitliches Prüfverfahren zur Eignung von Ärzten mit Studienabschluss aus Drittstaaten

BT-Drucksache 20/8356

h) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Obligatorische Kenntnisse zum deutschen Gesundheitswesen auch für alle Ärzte mit ausländischem Studienabschluss

BT-Drucksache 20/9745

i) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Marc Bernhard, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Ambulante ärztliche Versorgung zukunftssicher machen

BT-Drucksache 20/10067

j) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Rahmenbedingungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen verbessern

BT-Drucksache 20/10731

k) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Ärztliche Ausbildung und Weiterbildung zum Facharzt bei Ambulantisierung der Versorgung sicherstellen und weiterentwickeln

BT-Drucksache 20/10732

l) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Studienplätze für die Zulassung im Sanitätsdienst der Bundeswehr vom Bund finanzieren

BT-Drucksache 20/11959



m) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Gleichbehandlung von Medizinalcannabis und anderen Arzneimitteln sicherstellen

BT-Drucksache 20/13360

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthert** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen, liebe Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige hier im Raum – im schönen Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, unser schönster Sitzungssaal – und herzlich willkommen Ihnen allen, die Sie digital zugeschaltet sind. Ich begrüße auch sehr herzlich die Vertretung aus dem Bundesgesundheitsministerium. – Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, es wurde ein Handy gefunden, falls jemand ... Es wurde mir gerade gereicht. Manchmal geraten Menschen in große Unruhe, wenn sie ihr Handy nicht bei sich haben. Wenn sich diese Unruhe und das Bedürfnis entwickeln, ich hätte hier eines; ist schon geklärt. Dann schauen wir mal, was sonst noch kommt. Ich sage mal, Irritation und Unvorhergesehenes, da haben wir diese Woche viel erlebt zwischen der Einladung, die Ihnen allen zugegangen ist, zu dieser Anhörung zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz. Heute ist viel in der Welt passiert, in den USA natürlich, aber eben auch bei uns. Sie alle wissen, dass die Regierungskonstellation in dieser Form nicht mehr besteht. Nichtsdestotrotz – und das ist ja ein wichtiger Befund – arbeitet der Gesundheitsausschuss. Wir haben uns gemeinsam dazu entschlossen, diese Anhörung heute stattfinden zu lassen, weil das, was im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz geregelt werden soll, von so elementarer Bedeutung für die Bevölkerung ist, dass wir die Gelegenheit auf jeden Fall nutzen möchten, das mit Ihnen als Expertinnen und Experten zu diskutieren. Was dann noch beschlossen werden kann, das wird sich jetzt im Verlauf zeigen. Wir freuen uns sehr, dass Sie da sind. Womit beschäftigen wir uns in dieser Anhörung? Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“. Den finden Sie auf der Bundestagsdrucksache 20/11853. Dazu gehören die Unterrichtung auf der Bundestagsdrucksache

20/12664 und die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 20(14)235.1.⁶

Ich sage ganz kurz und sehr knapp, womit sich dieser Gesetzentwurf beschäftigt. Sie als Expertinnen und Experten haben das natürlich alles eingehend studiert, aber wir haben Gäste, wir haben eine Übertragung im Parlamentsfernsehen. Damit alle wissen, worum es geht, es geht im Kern um die Stärkung und die Verbesserung der ambulanten Versorgung für Menschen, die medizinische und pflegerische Hilfen brauchen und insbesondere um die Gesundheitsversorgung im kommunalen Bereich. Eine Maßnahme ist, dass die Kommunen künftig medizinische Versorgungszentren leichter gründen können und auch für die Versorgung von psychisch kranken Menschen sieht der Gesetzentwurf Verbesserungen vor. Es sollen aber auch der Zugang zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessert und der Gemeinsame Bundesausschuss weiterentwickelt werden. Ein ganz wichtiger Punkt ist die Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch die Aufhebung der noch bestehenden Budgetierung. Ferner liegen uns zwei Anträge der Fraktion der CDU vor mit den Drucksachennummern 20/8860 und 20/11955, in denen sie sich mit der Versorgung psychisch kranker Menschen und der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum befasst. Ich sagte eben zwei Anträge der Fraktion der CDU, es muss natürlich korrekt heißen der CDU/CSU. Dann kommen dazu, die hören wir auch an, neun Anträge der Fraktion der AfD mit den Nummern 20/3272, 20/5814, 20/8356, 20/9745, 20/10067, 20/10731, 20/10732, 20/11959 und 20/13360. Diese Anträge beinhalten ein breites Spektrum, sie reichen von der medizinischen Behandlungspflege und der Hilfsmittelversorgung über die Ausbildung von Ärzt:innen bis hin zu digitalen Gesundheitsanwendungen und der Nutzenbewertung von Medizinalcannabis.

Bevor wir beginnen, noch einige Anmerkungen zum Ablauf dieser Anhörung. Die allermeisten von Ihnen sind sehr erfahrene Expertinnen und Experten, aber es gehört sich, dass wir es für alle einmal deutlich machen, wie das aussehen wird. Insgesamt stehen uns ab dem Moment der ersten Frage 90 Minuten zur Verfügung und diese 90 Minuten werden entsprechend der Stärke der Fraktionen und Gruppen gemäß einer ausschussinternen Vereinbarung auf mehrere Frageblöcke aufgeteilt. Wenn

⁶ Anlage 1



Sie sich sowohl als Abgeordnete als auch als Sachverständige präzise wie möglich und möglichst kurz fassen, können mehr Fragen gestellt werden und mehrere Aspekte besprochen werden. Die Regel, dass Sie nach jedem Aufruf einmal Ihren Namen und Ihren Verband nennen müssen, haben wir abgeschafft. Sie fangen einfach an zu sprechen. Sie müssen aber, falls es etwaige finanzielle Interessensverknüpfungen geben sollte in Bezug auf den Beratungsgegenstand, diese bei Ihrem ersten Aufruf offenlegen. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, sollten vor der Beantwortung – das ist nicht mehr richtig, die brauchen sich auch nicht mehr vorzustellen, weil wir das ja wissen. Wenn Sie aufgerufen werden, sind Sie hier in einem Würfel inmitten des Ausschusssaals prominent zu sehen und werden auch im Fernsehen entsprechend übertragen. Für alle gilt, dass im Anschluss das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Vielen Dank, dass Sie da sind. Danke allen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Herzliches Willkommen an alle auf der Besuchstribüne. Sie dürfen weder Missfallensbekundungen noch Applaus mit uns teilen, auch nicht filmen oder fotografieren, aber wir freuen uns, dass Sie da sind und zuhören. Mobiltelefone bitte ausschalten, ein Klingeln kostet 5 Euro für einen guten Zweck. Jetzt geht es los mit der ersten Frage und das ist die Fraktion der SPD und Heike Baehrens hat das Wort.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Unsere erste Frage richtet sich an den Hausärztinnen- und Hausärzterverband. Uns ist besonders wichtig, die hausärztliche Versorgung nachhaltig zu stärken, um die ambulante Gesundheitsversorgung auch künftig flächendeckend sicherzustellen. Das GVSG sieht daher die Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung und weitere Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung vor. Wie bewerten Sie die vorgeschlagenen Regelungen? Sollten wir versuchen, noch kurzfristig dafür Mehrheiten im Deutschen Bundestag zu gewinnen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Beier, bitte.

Dr. Markus Beier (Hausärztinnen- und Hausärzterverband): Vielen Dank. Die Lage ist prekär und

dringlich, deshalb fange ich am Ende an. Es wäre unabdingbar nötig, dass die seit Langem versprochene Entbudgetierung kommt, sowohl für die bestehenden Praxen als auch für die sich zukünftig Niederlassenden. Von daher begrüßen wir die Entbudgetierung, so wie sie im Entwurf ist. Sie würde zwei Nachbesserungen aus unserer Sicht benötigen: Zum einen ist es so, dass nicht alle typischen hausärztlichen Tätigkeiten abgebildet sind. Das heißt, es könnte zu Budgetierungen kommen, wenn es genau so umgesetzt wird. Es müssten die typischen hausärztlichen Tätigkeiten genannt werden, Minimum Psychosomatik, Sonografie, Telefonberatung und Schmerztherapie, da diese sonst budgetiert werden. Als zweites müssen die MGV-Anteile [Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung], die wirklich für Honorarzählungen genutzt werden, miteinander verglichen werden, damit es zu keinen Verwerfungen kommt. Das ist aus unserer Sicht essenziell für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten und die Nachbesserung der Entbudgetierung an diesen beiden Stellen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Mende, bitte.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich frage den Bundesverband niedergelassener Diabetologen. In Deutschland wird die Diabetesversorgung häufig durch hausärztlich tätige Diabetes-Schwerpunktpraxen sichergestellt, die oft zusätzlich zum eigenen Hausarzt aufgesucht werden. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Bewertungsausschuss eine sogenannte Versorgungspauschale zu beschließen hat. Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzungen dazu.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Häußler, bitte.

Uwe Häußler (Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND)): Die Versorgungspauschale soll die Versicherten- und Chronikerpauschale ablösen und wäre dann nur einmal von einem Arzt abrechenbar. Wir sind als Diabetes-Schwerpunktpraxen in den letzten 30 Jahren vorwiegend aus Hausarztpraxen hervorgegangen, sodass über 90 Prozent der Schwerpunktpraxen hausärztlich spezialisiert niedergelassen sind. Sie könnten unter Umständen dann keine Pauschalen im Regelleistungsvolumen



mehr abrechnen. Das wäre natürlich desaströs für die niedergelassenen Schwerpunktpraxen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Dirk Heidenblut.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Vielen Dank. Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Felix Kiunke. Wie schätzen Sie die aktuelle Lage der Masterstudierenden bzw. Approbierenden im neuen Psychotherapie-Weiterbildungssystem ein und welche Maßnahmen werden benötigt, um die Lage zu verbessern?

Die **amtierende Vorsitzende**: Moment, Sie warten, bis ich Sie aufrufe, dann müssen Sie sich nicht vorstellen, aber aufrufen tue ich. Herr Kiunke, bitte.

Felix Kiunke (Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo)): Vielen Dank für die Frage. Für die Studierenden bedeutet die aktuelle Situation eine große Verunsicherung und Belastung. Es sind jetzt schon mehrere hundert Absolventinnen und Absolventen des neuen Psychotherapie-Studiengangs fertig und es werden ab nächstem Jahr sukzessive mindestens zweieinhalb Tausend pro Jahr werden, die ohne die neue Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in keine Patient:innen behandeln können. Das bisherige Ausbildungssystem für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten läuft aus. Das Neue kann ohne eine gesetzliche Regelung nicht anlaufen. Diese gesetzliche Regelung brauchen wir, weil ansonsten nicht nur die Versorgung wegfällt, die in den Weiterbildungsambulanzen und Kliniken geleistet wird durch die Psychotherapeut:innen in Weiterbildung, sondern auch die gesamte psychotherapeutische Versorgung auf Dauer in Deutschland gefährdet ist. Für uns sind die vorgesehenen Regelungen existenziell wichtig. Die Aufnahme der Weiterbildungsambulanzen in den § 120 SGB V ist die Voraussetzung, dass die Ambulanzen überhaupt über ihre Vergütung verhandeln können und Weiterbildungsplätze anbieten können. Was fehlt aktuell, sind Regelungen für die Praxen, für die Kliniken. Auch die Einschränkung für die Weiterbildungsambulanzen ist meiner Meinung nach zu überarbeiten. Diese Regelungen brauchen wir. Wir brauchen sie jetzt, damit wir nicht eine ganze Generation an künftigen Fachkräften

verlieren und die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland gefährden. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Müller.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an den Spitzenverband der Heilmittelerbringer. Inwieweit könnte eine modellhafte Erprobung des Direktzugangs für Heilmittelerbringer zur Stärkung der Gesundheitsversorgung beitragen und wie sollte die Rechtsgrundlage für ein solches Modellvorhaben aussehen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Norxs.

Markus Norxs (Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)): Der Direktzugang kann positive Effekte auf die Versorgungssicherheit in Deutschland haben, vor allem im ländlichen Bereich. Es ist zudem davon auszugehen, dass der Direktzugang ein Baustein zur Kosteneffizienz für das GKV-System sein kann. Diese beiden Punkte lassen sich auch durch internationale Studien belegen. Um alle Fragen zu klären, die zum Direktzugang derzeit noch bestehen, sollten Modellprojekte zum Direktzugang als wissenschaftliche Studien konzipiert sein. Diese könnten unter unabhängiger Begleitung einer Hochschule und in Zusammenarbeit mit einzelnen Krankenkassen und Verbänden der Heilmittelerbringer durchgeführt werden. Möglich wäre auch ein Projekt über den Innovationsfonds. Um ein solches Modell durchführen zu können, benötigen wir eine ergänzende Formulierung in § 63 Absatz 3 SGB V, mit der Modellvorhaben zur Übertragung der ärztlichen Tätigkeit, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auch für Heilmittelerbringer mit einer Erlaubnis nach den jeweiligen Berufsgesetzen ermöglicht werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Baradari.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die Caritas. Frau Dr. Fix, wir sehen einen zunehmenden Missbrauch von Lachgas bei Kindern und Jugendlichen. Zudem



werden industrielle Chemikalien wie etwa GBL als Droge bzw. zur Begehung von Straftaten verwendet. Diesem Missbrauch würden wir gerne kurzfristig entgegenzutreten. Wie bewerten Sie diesen Regelungsansatz? Spricht etwas gegen eine schnelle Umsetzung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Fix, bitte.

Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband (DCV)): Keine Interessenskollision. Vielen Dank für die Frage. Auch wir sehen mit Sorge, dass Lachgas und K.O.-Tropfen zunehmend zur Partydroge werden und auf dem Vormarsch sind. Wir sehen daher dringenden Regelungsbedarf. Lachgas ist keinesfalls ungefährlich. Es kann schwere Gesundheitsschädigungen bis hin zu Bewusstseinsstörungen, Hör- und Sehstörungen etc. hervorrufen, bei längerem Konsum sogar Hirnschäden. Es ist auf Partys leicht konsumierbar. Es ist leicht zugänglich in Sahnespendern oder Sahnekapseln, die es in jedem Supermarkt gibt, die es auch in Spätis zu kaufen gibt. Wir sehen Handlungsbedarf, zum einen in der Änderung der NSV, um die genannten drei Stoffe aufzunehmen. Zum anderen sehen wir gesetzgeberischen Handlungsbedarf, um tatsächlich Verkaufsverbot an Minderjährige zu verhängen, die Begrenzung und Herabsenkung der Gebindegrößen zu erreichen und auch ein Verkaufsverbot in Spätis. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Dr. Fix. Ich kriege das Signal, dass die Antwort ausreicht. Frau Baehrens hat erneut das Wort.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage richtet sich an den GKV-SV. Wie bewerten Sie die im Entwurf des GVSG vorgesehene Versorgungspauschale, die einmal jährlich abrechnungsfähig sein soll und die die bisherige quartalsweise Chronikerpauschale des EBM ersetzt?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Grunenberg, bitte.

Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. Die Weiterentwicklung der

bisherigen Quartalspauschalen in der hausärztlichen Versorgung hin zu Jahres- oder Halbjahrespauschalen begrüßen wir ausdrücklich. Sie dient dazu, medizinisch nicht notwendige Arzt-Patienten-Kontakte zu reduzieren. Ebenfalls begrüßen wir, dass Minderausgaben oder Mindereinnahmen oder Mehrausgaben und Minderausgaben der GKV nicht entstehen sollen. Die konkrete Ausgestaltung, nämlich die Aufgabenübertragung an den Bewertungsausschuss, halten wir auch für sachgerecht. Die Formulierungen als solche geben hinreichend Spielraum und Flexibilität in der Umsetzung. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Die letzten 50 Sekunden in der nächsten Runde? Alles klar. Dann notieren wir das. Dann geht das Fragerecht an die Union und Kollege Sorge hat das Wort.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde ganz gerne, bevor ich meine Frage stelle, noch kurz eine Eingangsbemerkung machen, da Sie darauf hingewiesen haben, dass wir heute hier die Anhörung durchführen, obwohl viele wichtige Gesetzesvorhaben möglicherweise nicht mehr kommen werden. Ich will nur noch mal für meine Fraktion darauf hinweisen, dass wir das auch so sehen, dass hier sehr viele wichtige Dinge thematisiert werden, aber dass die aktuelle Situation natürlich deshalb verursacht ist, weil die Ampel keine eigene Mehrheit mehr hat. Deshalb will ich auch, so wie wir es im Ausschuss schon besprochen haben...

Die **amtierende Vorsitzende**: Sie wollen sich jetzt nicht positionieren im Rahmen der Anhörung, Herr Sorge? Stellen Sie Ihre Frage.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Ich positioniere mich nicht, Frau Vorsitzende. Ich will nur noch mal darauf hinweisen und das auch noch mal gegenüber den Sachverständigen klar machen, dass zahlreiche Änderungsanträge, die heute wirklich durch die kalte Küche hier mit in die Anhörung eingeführt worden sind, von uns als Unionsfraktion überhaupt nicht geteilt werden, auch die Art und Weise. Insofern wollte ich das nur noch mal zum Ausdruck bringen. Wir werden nach der nächsten Bundestagswahl dann viele Dinge, die Sie jetzt als



zeitkritisch dargestellt haben, selbstverständlich schnell anfassen. Aber wie gesagt: Die Situation ist dadurch entstanden, dass die Ampel zerbrochen ist. So, jetzt komme ich zu meiner Frage. Die richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, an Herrn Hofmeister. Mich würde interessieren: Warum ist nicht nur eine Entbudgetierung von Hausärzten, sondern auch von Fachärzten notwendig? Und welche Auswirkungen hätte diese Entbudgetierung auf die Versorgung? Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Hofmeister, bitte.

Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vielen Dank für die Frage. Die Entbudgetierung der Hausärzte, wie schon vom Hausärzterverband ausgeführt, ist das, worauf wir ganz dringend warten. Da gibt es Nachbesserungen. Grundsätzlich gilt aber, dass auch im fachärztlichen Bereich seit 30 Jahren ein Budget gilt. Wir haben auch im fachärztlichen Bereich bereits Versorgungsengpässe und Versorgungslücken und brauchen also dringend mehr an fachärztlichen Versorgungszeiten und -stunden. Die Budgetierung ist natürlich völlig kontraproduktiv, um das zu gewährleisten. Da wird ein Dauerrabatt eingeräumt und die eigentliche Versorgung und auch die Innovationskraft der Praxen wird dadurch geschwächt. Das trägt beschleunigt dazu bei, dass die ohnehin schon große Herausforderung des altersbedingten Ausscheidens der Praxisinhaberinnen und -inhaber, vergrößert wird, indem der Nachwuchs gehemmt wird, in diese Versorgung einzutreten. Also ja, wir brauchen beides. Wir brauchen das eine sofort und das andere so bald wie möglich und haben dazu auch konkrete Vorschläge unterbreitet.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Borchardt.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Stegmeier. Bitte erläutern Sie uns den Ansatz des Social Prescribing: Welchen Mehrwert bringt dieser Ansatz und welche Schritte wären notwendig, um eine stärkere Nutzung dieses Ansatzes im Gesundheitswesen zu ermöglichen? Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Stegmeier, bitte.

Elmar Stegmeier (Kompetenznetzwerk Social Prescribing): Vielen Dank für die Frage. Beim Social Prescribing-Ansatz stellt ein Hausarzt ein Sozialrezept aus zu einem sogenannten Link Worker. Der Link Worker organisiert die Aktivitäten des Patienten, also geistige, kreative Aktivitäten und so weiter. Das bedeutet, die Rolle des Hausarztes wird an dieser Stelle gestärkt, die Teilhabe des Patienten wird gestärkt. Über die Stärkung der Teilhabe werden auch die Behandlungs- und Therapiequalität und die Erfolgsaussichten unterstützt. Bedeutet: Wir verbinden hier das Gesundheits- mit dem Sozialwesen. Wir verbinden auch Gesundheit, Pflege und Soziales. Das heißt, das führt zu einem Shared Care-Ansatz oder aus kommunaler Perspektive gesehen zu einer Caring Community. Deswegen unterstützen wir diesen Ansatz. Welche Maßnahmen müssten ergriffen werden? Zwei Punkte: Zum einen, es gibt hohe Evidenzen im europäischen und nichteuropäischen Ausland. Die wollen wir gerne hier in Deutschland bestätigt wissen. Also noch ein paar Forschungsschritte, aber dann auch parallel dazu Aktivitäten im Bereich soziale Gesetzgebung vom SGB V ausgehend, weil es eben hausarztzentriert ist. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Machen Sie Ihr Mikro aus, bitte. Wenn Sie aufgerufen werden, erst dann draufdrücken, weil es ansonsten im digitalen Raum ein fieses Echo gibt. Herr Monstadt, bitte.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Danke sehr, Frau Vorsitzende. Ich möchte meine Frage an die akkreditierten Labore in der Medizin richten. Herr Dr. Müller, wie bewerten Sie die Ergänzung des § 95 SGB V im Hinblick auf den Prüfauftrag an die KBV?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Müller, bitte.

Dr. Michael Müller (Akkreditierte Labore in der Medizin (ALM)): Vielen Dank für die Frage. Wir bewerten diese Ergänzung positiv. Sie schafft auf eine unbürokratische Art und Weise mehr Transparenz für diejenigen, die den Inhalt und die Steuerung



der Versorgung überprüfen wollen. Es ergänzt einen bestehenden Prüfungsauftrag im Sozialgesetzbuch V und es ist auch eine Sicherheit für alle vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte, dass sie eben zeigen können, dass der ihnen übermittelte und gegebene Versorgungsauftrag inhaltlich, umfangreich und von der Menge her auch abgebildet wird. Damit ermöglicht es auch die Entscheidung darüber, ob das, was über die Zulassungsausschüsse und über die Bedarfsplanung in die Versorgung an Versorgungssteuerung gegeben worden ist, auch tatsächlich umgesetzt werden kann und ob gegebenenfalls nachgesteuert werden muss.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Föhr.

Abg. **Alexander Föhr** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer. Welche Folgen resultieren aus einer fehlenden Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung für Ihren Berufsstand und die Versorgung psychisch erkrankter Menschen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Benecke, bitte.

Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Danke für die Frage. Ohne Weiterbildung keine Fachpsychotherapeut:innen und damit auch keine Sicherstellung der Versorgung – das zumindest in der Zukunft. Spätestens Anfang der 2030er Jahre gibt es nicht mehr genügend Fachpsychotherapeut:innen, die die Praxen von altersbedingt ausscheidenden Kolleginnen und Kollegen übernehmen könnten, wenn die Finanzierung der ambulanten und der stationären Weiterbildung nicht umgehend gesichert wird; und das alles vor dem Hintergrund einer zunehmenden Inanspruchnahme und zunehmenden Bedarfen an Psychotherapie um 23 Prozent. Das bedeutet, dass wir letztlich einen Fachkräftemangel provozieren und am Ende selber verschulden und damit letztlich auch einen Versorgungsmangel produzieren. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Dr. Benecke. Frau Borchardt.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine Frage geht an Prof. Dr. Volker Mall. Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz hat auch zum Ziel, die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Wird dieses Ziel mit diesem Gesetz erreicht? Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie und wie bewerten Sie diesbezüglich den derzeitigen Mangel an Kinderärzten? Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Mall, bitte.

Prof. Dr. Volker Mall (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)): Es gibt Punkte, die wir ausdrücklich begrüßen. Dazu gehört die Verordnung von Hilfsmitteln durch sozialpädiatrische Zentren und durch MZEBs für Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen ohne weitere Prüfung. Das bedeutet eine Qualitätsverbesserung. Das bedeutet Bürokratieabbau. Das bedeutet Entlastung für Familien. Selten hat man so viel Zustimmung für einen Vorschlag bei Fachleuten und bei den betroffenen Verbänden. Wir begrüßen, dass der Bereich Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit einer gesonderten Bedarfsplanung betrachtet werden soll. Und wir begrüßen die Stärkung des hausärztlichen Versorgungsbereiches, wie bereits angesprochen. Es gibt unserer Meinung nach Verbesserungsbedarf. Die Chronikerpauschale ist definiert an einer Dauermedikation. Das ist in der Kinder- und Jugendmedizin nicht zielführend. Die psychiatrischen Institutsambulanzen sind eine wichtige Einrichtung zur Versorgung von Kindern mit chronischen psychischen Erkrankungen. Hier besteht ein Reformbedarf des § 118. Das haben die Kollegen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in ihrer Stellungnahme vorgeschlagen. Wir als Kinder- und Jugendärzte unterstützen dies explizit. Wir vermissen Gesundheitsförderung in den Kommunen, Beispiel Schulgesang, Gesundheitsfachkräfte. Wir glauben, dass der Mangel an Kinderärzten angegangen werden muss. Hier insbesondere die Weiterbildungsförderung der Kinder- und Jugendärzte, zum Beispiel im Rahmen von § 75a. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Föhr, Sie stehen auf meiner Liste, aber ich kann auch jemand anderen drannehmen.



Abg. **Alexander Föhr** (CDU/CSU): Dann ist alles richtig, wenn ich draufstehe. Meine Frage geht an die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung und den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten. Braucht es ambulante Weiterbildung in Praxen von niedergelassenen Psychotherapeuten? Wenn ja, ist diese gesichert? Können in den Praxen ausreichend Weiterbildungstherapien durchgeführt werden? Kann durch die jetzt vorgesehene Regelung in § 120 Absatz 2 Satz 4 SGB V die Durchführung der psychotherapeutischen Weiterbildung sichergestellt werden? Wenn nein, wie könnte es besser geregelt werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Lubisch, beginnen wir mit Ihnen, bitte.

Barbara Lubisch (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)): Vielen Dank für die Frage. Es braucht ambulante Weiterbildung in Praxen von niedergelassenen Psychotherapeuten aus fachlichen Gründen, um das Arbeiten in einer Praxis zu erlernen und idealerweise Nachwuchs für die Niederlassung zu gewinnen und damit es überhaupt ausreichend Weiterbildungsplätze für den ambulanten Weiterbildungsabschnitt gibt, denn die Ambulanzen werden wahrscheinlich nur einen Teil der notwendigen Plätze zur Verfügung stellen können. Die Weiterbildung in Praxen ist aber nicht gesichert, weil die Zulassungsverordnung in ihrer jetzigen Fassung nur eine geringfügige Ausweitung des Praxisumfangs erlaubt. Wir brauchen eine Änderung der Ärztezulassungsverordnung, die zielgerichtet für die Zwecke der Weiterbildung eine Erhöhung auf ca. 20 Behandlungsstunden wöchentlich zulässt. In den Ambulanzen gibt es das Problem, dass zum § 117 die Weiterbildungsambulanzen jetzt vorgesehen sind. Das wird sehr begrüßt. Diese Regelung sollte unbedingt verabschiedet werden. Aber der zweite Halbsatz im jetzt vorgesehenen § 120 Absatz 2 Satz 4 ist problematisch, denn die richtigerweise eingeführte Möglichkeit, dass die Weiterbildungsambulanzen mit den Krankenkassen Vergütungsverhandlungen führen, wird durch die Einschränkung des zweiten Halbsatzes weitgehend zunichte gemacht. Deshalb braucht es hier eine Streichung dieses zweiten Halbsatzes. Der sollte ersetzt werden durch eine entsprechende Klarstellung. Die Behandlungsleistungen von Weiterbildungsteilnehmenden sind ohne Supervision nicht

fachgerecht durchführbar. Die Weiterbildungsteilnehmenden dürfen ihre patientenbezogene Tätigkeit nur unter Anleitung und regelmäßiger fallbezogener Supervision ausüben und die dafür anfallenden Kosten müssen in die Verhandlungsmöglichkeiten der Weiterbildungsambulanzen einbezogen werden. Das sollte klargestellt werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Jetzt haben wir schon 45 Sekunden zulasten der nächsten Runde. Sollen wir Frau Sartorius dennoch dieselbe Frage geben? Das geht auch zulasten der nächsten Runde, ist allen bewusst? Dann Frau Sartorius, bitte.

Ariadne Sartorius (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)): Vielen Dank. Ich versuche mich kurz zu fassen. Ich möchte noch ergänzen, dass die Weiterbildungsordnungen der einzelnen Länder mindestens zwei Jahre ambulante Weiterbildung vorschreiben. Da werden wir also nicht drumherum kommen. Die kann in den Instituten oder in den Praxen stattfinden. Es ist uns sehr, sehr wichtig, dass die Supervision weiterhin Bestandteil der Behandlung ist bei Behandelnden, die noch keine Fachkunde haben. Ebenso ist dringend, zwingend notwendig die Selbsterfahrung. Sie dient der Reflexion der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Ohne das wird dieser hohe Standard der derzeitigen Behandlung nicht aufrechterhalten. Ansonsten schließe ich mich vollumfänglich den Ausführungen der Kollegin Barbara Lubisch an. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Das sind also 90 Sekunden zu Lasten der nächsten Runde. Jetzt geht das Fragerecht an die Grünen. Dr. Dahmen, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den Einzelsachverständigen Gerlach fragen wollen. Wir haben in der Einführung zu dieser Anhörung heute von der Frau Vorsitzenden erläutert bekommen, dass diese Anhörung zweifelsohne unter außergewöhnlichen Umständen stattfindet. Können Sie kurz ausführen, welche Auswirkungen es auf die Versorgungslage in Deutschland haben würde, wenn dieses Gesetz nicht in Gänze oder nicht mal ein Teil der Aspekte in dieser Legislatur



in Kraft treten würde?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Gerlach, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main): Meine Damen und Herren, die mit diesem Gesetzentwurf beabsichtigten Maßnahmen sind vor allem mit Blick auf die Gewährleistung einer flächendeckenden, wohnortnahen hausärztlichen Versorgung überfällig. Ich sage das ganz bewusst aus Patientensicht. Jeden Tag schließen Praxen, Facharztpraxen, aber vor allem Hausarztpraxen, die keinen Nachfolger finden. Die Patientinnen und Patienten wenden sich dann an Nachbarpraxen und erfahren dort, dass diese bereits überlaufen sind und keine weiteren Patienten mehr aufnehmen können. In zunehmend mehr Regionen in Deutschland ist die Not gerade bei älteren und chronisch kranken Patientinnen und Patienten groß. Die Stimmung in den Praxisteamen ist schlecht. Man fühlt sich im Stich gelassen. Jetzt frage ich Sie, meine Damen und Herren, was glauben Sie, was würde passieren, wie käme das wohl bei den Menschen vor Ort an, wenn bereits jahrelang verschleppte Maßnahmen, die im Kern oft weitgehend unumstritten sind, wie zum Beispiel die Einführung von Regress-Bagatellgrenzen oder die Stärkung der hausärztlichen Versorgung, jetzt nicht umgesetzt werden und stattdessen auf die lange Bank geschoben werden? Keine Entscheidung zu treffen, löst keine Probleme. Die Probleme bleiben, sie werden größer und müssen auch von der nächsten Regierung gelöst werden. Alle hier im Raum wissen doch, dass Wahlkampf, Neuwahl, Regierungsbildung und dann ein kompletter Neustart der parlamentarischen Verfahren dazu führen, dass automatisch frühestens 2026, wahrscheinlich erst 2027 konkrete Maßnahmen, über die wir hier diskutieren, umgesetzt werden. Das ist viel zu spät. Hinzu kommt, dass gerade die zunehmend prekäre Lage der hausärztlichen Versorgung, die für die Menschen unverzichtbar ist, von interessierten Kreisen instrumentalisiert wird, zum Beispiel im Wahlkampf. Genau so wird Staats- und Politikverdrossenheit befeuert, für allgemeine Unzufriedenheit gesorgt und, meine Damen und Herren, damit werden die Ränder gestärkt. Ich bin in keiner Partei, ich habe als Mitglied bzw. als Vorsitzender des Sachverständigenrats sechs

verschiedene Minister mit unterschiedlichsten Farben erlebt und mit allen gut zusammengearbeitet. Ich gehe nach wie vor davon aus, dass Sie, meine Damen und Herren Abgeordnete, sich alle zum Wohle des deutschen Volkes engagieren, den Nutzen mehren und Schaden abwenden wollen. Mein Fazit in diesem Fall lautet daher: Im Interesse des Patientenwohls können und sollten Sie sich zusammenraufen und zumindest die Dinge, die dringlich und unumstritten sind, gemeinsam umsetzen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Dahmen, fahren Sie fort.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde ferner den Einzelsachverständigen Gruhl fragen wollen, wie aus seiner Sicht der Dinge die Auswirkungen zu bewerten sind, wenn dieses Gesetz oder Teile dieses Gesetzes nicht in dieser Legislatur in Kraft treten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gruhl, Sie sind online dabei. Sie haben das Wort, bitte.

Dr. Matthias Gruhl (Gesundheitsstaatsrat a. D.): Vielen Dank. Ich habe gehört, dass Herr Gerlach bereits ausdrücklich und intensiv die Situation geschildert hat. Hinzu kommt, dass es im parlamentarischen Verfahren Möglichkeiten geben sollte, einige Ideen der Grund- und Primärversorgung, die in dem Referentenentwurf erwähnt waren, noch einmal herauszuheben. Dazu zählt beispielsweise das Thema Primärversorgungszentrum. Warum? Weil Primärversorgungszentren eine Möglichkeit sind, andere, neue Fachkräfte in die hausärztliche Versorgung zusätzlich zu bekommen und auch für Ärztinnen und Ärzte in dem Bereich eine andere und durchaus attraktive Arbeitsform bilden könnten. Woher wissen wir das? Weil wir beispielsweise seit 2017 diese neue Versorgungsform, die im Referentenentwurf in § 73b drin war, in der Praxis haben. Die Robert Bosch Stiftung hat 13 Prototypen in neun Ländern gefördert, die bis heute alle am Netz sind, alle hocheffektiv, alle effizient sind. Es gibt inzwischen in verschiedenen anderen Ländern Fördermöglichkeiten. So gibt es solche Primärversorgungszentren in Berlin, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Hamburg. Und alle funktionieren in der Primärversorgung. Alle



diese Möglichkeiten, die im Übrigen jetzt von den Ländern wieder über den Bundesrat eingefordert worden sind, die inzwischen auch in der Hausärzteschaft als Modell über bestimmte Formen praktiziert werden, und die mit Fördermitteln versehen sind, stehen und fallen mit der Frage, ob es irgendwann mal möglich sein kann, diese Form auch rechtlich und finanztechnisch abzusichern. Das war in diesem GVSG ein wesentliches Thema. Das sollte in den parlamentarischen Beratungen wieder aufgenommen werden. Wenn es so ist, dass wir erst 2026, 2027 an der gleichen Stelle sind, wo wir heute sind, kann ich Ihnen vorhersagen, dass diese für die hausärztliche Grundversorgung durchaus attraktive Form der Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, insbesondere in sozial prekären Regionen, letztendlich schlechter ist, weil diese Projekte, die es heute gibt, halten so lange nicht mehr durch.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Gruhl. Ich kriege das Signal, das ist gut beantwortet. Herr Dr. Dahmen, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde gerne weiter den Hausärzterverband fragen. Wir haben in verschiedenen Statements breit gehört, dass die Entbudgetierung von Hausärzten einerseits oder auch die Einführung von einer Bagatell-Regressgrenze entscheidende Aspekte sind. Wenn Sie jetzt gerade gehört haben, dass das bis 2026, 2027 dauern könnte, welche Auswirkungen hätte das für die hausärztliche Versorgung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Beier, bitte.

Dr. Markus Beier (Hausärztinnen- und Hausärzterverband): Wir haben einen großen Anteil von Kolleginnen und Kollegen, die schon über 60 sind. Für die ist es keine Option. Die Situation wurde vom Kollegen Gerlach geschildert, budgetiert zu werden, von Regressen im geringen Bereich bedroht zu werden. Das heißt, die werden früher in Ruhestand gehen. Es hat eine abschreckende Wirkung auf den Nachwuchs, sich nicht niederzulassen. Das sieht man jetzt schon, dass viele in Anstellung drängen. Das heißt, die Versorgung in unterversorgten Gebieten wird noch schlechter werden. Von daher ist es

unabdingbar, dass das jetzt auch kommt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde die gleiche Frage gerne die Bundesärztekammer fragen. Wie schätzen Sie das aus Sicht der Bundesärztekammer ein? Wie wichtig ist die Entbudgetierung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Danke. Wir teilen die Einschätzung des Hausärzterverbandes und auch die des Sachverständigen Gerlach eins zu eins. Ich würde sagen, trotzdem ist das noch nicht genug, wenn wir das tun, was wir im GVSG jetzt an Regelungen haben. Weil ich glaube, dass die Tatsache der niedrigrschwelligen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Deutschland mit der häufigen Inanspruchnahme desselben Hausarztes, mehrerer Hausärzte in einem Quartal inklusive mehrerer Fachärzte mit ein Grund dafür sind, dass wir eine sehr hohe Fallzahl in ärztlichen Praxen, Hausärzte und Fachärzte, haben. Diese tragen dazu bei, die Situation, die Herr Gerlach sehr plastisch und richtig beschrieben hat, zu aggravieren. Das heißt also, es ist wichtig, dass das jetzt kommt. Es kann dabei aber nicht stehen bleiben. Noch ein Grund mehr eigentlich, nach vorne zu gehen und dieses Thema anzugehen und nicht stehen zu lassen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Jetzt geht das Fragerecht an die FDP. Herr Bartelt beginnt.

Abg. **Christian Bartelt** (FDP): Ich beginne. Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an den BDA – ich glaube, im digitalen Raum. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird im nächsten Jahr massiv steigen. Halten Sie vor dem Hintergrund dieser Entwicklung die im GVSG vorgesehenen Maßnahmen für sinnvoll? Was wäre es aus Ihrer Sicht notwendig, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten auch in Zukunft sicherzustellen?



Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Naumann, Sie sind online dabei und haben das Wort.

Dominik Naumann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Herzlichen Dank. Aus Sicht der deutschen Wirtschaft ist es in der Tat der völlig falsche Weg, ein weiteres Paket zu schnüren, mit dem die Sozialbeiträge, die bereits auf sehr hohem Niveau sind, immer noch weiter steigen. Stattdessen müssen jetzt alle Anstrengungen darauf gerichtet sein, dass die Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt werden. Dieses vorgeschlagene Gesetz sieht aber das Gegenteil vor. Ein weiterer Anstieg der Belastung des Faktors Arbeit muss unbedingt verhindert werden, andernfalls sind Arbeitsplätze in der Zukunft erheblich gefährdet. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Und jetzt Herr Professor Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands. Wie sehen Sie die Rolle der Fachärzte in der Patientenversorgung, insbesondere bei der Behandlung komplexer und chronischer Krankheiten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Heinrich.

Dr. Dirk Heinrich (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFA)): Vielen Dank für die Frage. Fachärztinnen und Fachärzte sind diejenigen in Deutschland, die im Wesentlichen die detaillierten, genauen Diagnosen stellen und die Therapie von komplexen und chronischen Erkrankungen durchführen. Insofern sind sie nicht wegzudenken. Deshalb ist gerade die Nicht-Entbudgetierung der fachärztlichen Schiene durch dieses Gesetz ein schwerer Fehler. Denn das ist die Hauptursache für Wartelisten, Wartezeiten, Überinanspruchnahme von Krankenhäusern, Überinanspruchnahme von Notfall-Einrichtungen an den Krankenhäusern. Wir sehen die zukünftige Rolle der Fachärzte allerdings auch in einer Koordinierungsfunktion, die nicht nur die Hausärztinnen und Hausärzte natürlich übernehmen, was wir nicht bezweifeln, bei singulären Erkrankungen. Das könnte die Hausärzte an der

Stelle entlasten, denn von denen haben wir auch nicht mehr genügend. In dieser Rolle sehen wir die Fachärzte in der Zukunft.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank für die Antwort. Meine nächste Frage geht an die Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hier geht es explizit um den Änderungsantrag Nummer 2. Das BMG soll durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates ermächtigt werden, zu bestimmen, dass Versicherte Anspruch auf weitere Schutzimpfungen haben sollen. Wie bewerten Sie dies aus Sicht der KBV?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Hofmeister, bitte.

Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir sehen das kritisch. Die bisherigen Regelungen über die Zuwendung von Schutzimpfungen sind gut. Wir halten ein Abweichen von dem Verfahren für kritisch. Das sollte fachlich beurteilt werden und das, glaube ich, ist auf dem jetzigen Weg machbar. Ob das noch etwas beschleunigt werden kann, steht dahin. Aber wir sehen die Regelung kritisch.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Bartelt.

Abg. **Christian Bartelt** (FDP): Danke. Meine nächste Frage geht an den Spitzenverband der Heilmittelbringer. Durch die Vorgabe zur Festlegung einer geringfügigkeitsgrenze im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen soll Bürokratie abgebaut werden. Welche weitergehenden Maßnahmen würden Sie zur Entbürokratisierung im Heilmittelbereich noch fordern?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Norxs, bitte.

Markus Norxs (Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)): Ja, vielen Dank. Heilmittelbringer leisten einen essenziellen Beitrag zur



Gesundheitsversorgung in Deutschland. Derzeit sind Therapeuten jedoch mit einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand konfrontiert, die ihre wertvolle Therapiezeit einschränkt. Zu diesen administrativen Aufgaben zählen insbesondere die Prüfpflicht auf die Korrektheit der ausgestellten Verordnungsblätter, die Rechnungsstellung und das Einziehen der Zuzahlung sowie die aufwendige Leistungsbestätigung. Dieser bürokratische Aufwand bindet wertvolle Ressourcen, die dringend für die eigentliche Patientenversorgung benötigt werden. Der Spitzenverband der Heilmittelverbände setzt sich daher für einen konsequenten Bürokratieabbau in der Heilmittelversorgung ein. Der SHV fordert konkret die Abschaffung der Prüfpflicht für die Verordnung und des Pflichtzuzahlungseinzuges sowie eine Modernisierung der Leistungsbestätigung. Nur durch diese Maßnahmen kann sichergestellt werden, dass die Therapeutinnen und Therapeuten ihre Zeit und ihr Fachwissen in die Behandlungen der Patientinnen und Patienten investieren können, dort, wo sie am dringendsten gebraucht werden. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Im Gesetzentwurf ist die Entbudgetierung der Hausärzte enthalten, was aus unserer Sicht grundsätzlich zu begrüßen ist. Können Sie uns bitte erläutern, welche Auswirkungen die Regelung für Ärztinnen und Ärzte und auf die Patientinnen und Patienten haben soll?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Grunenberg.

Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. Grundsätzlich sprechen wir uns natürlich für eine Verbesserung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung aus. Allerdings sehen wir keinen relevanten Anreiz für eine Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum durch die Entbudgetierung. Insbesondere aufgrund des Umstandes, dass wir hier die Frage haben, ob nicht dann auch ein Anreiz gemacht wird in Richtung einer Ausweitung nicht medizinisch induzierter Leistungen. Insbesondere das Thema der

Honorargarantie und die Ausgestaltung dieser Regelung treibt uns stark um, weil hier auch möglicherweise Anreize zur Leistungsreduktion geschaffen würden. Insofern sehen wir auf der anderen Seite sichere Mehrausgaben, die mit der Regelung einhergehen, von rund 400 Millionen Euro. Und deswegen gehen wir sehr, sehr kritisch mit dem Vorschlag um. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Die vier Sekunden gebe ich nachher rüber. Jetzt geht das Fragerecht an die AfD. Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Meine erste Frage geht an Frau Sartorius vom Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten. Können Sie bitte kurz erläutern, welche Probleme es für die Absolventen des Psychotherapiestudienganges zurzeit gibt und welche Lösungsvorschläge Sie gegebenenfalls haben? Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Sartorius, bitte.

Ariadne Sartorius (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)): Die derzeitigen Absolventen des Psychotherapiestudienganges können ihren Ausbildungsweg nicht fortsetzen. Es gibt nahezu keine Möglichkeiten, in die Weiterbildung zu gehen, die notwendig ist, um hinterher vertragspsychotherapeutisch tätig zu sein. Es ist notwendig, dass entsprechende Weiterbildungsstellen geschaffen werden, zum einen in den Kliniken. Solange das alte Ausbildungssystem noch läuft, brauchen wir hier parallel auch zusätzliche Stellen für die Weiterbildungskandidaten in den Kliniken. Zudem verweise ich noch mal auf die Antwort von vorhin, dass wir für die Praxen und Institute entsprechende Regelungen benötigen, damit dort Weiterbildung stattfinden kann: Änderung der Ärztezulassungsverordnung, Zuschläge, die über den EBM geregelt werden müssen, und so weiter.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ich wollte meine zweite Frage auch noch mal an Frau Sartorius



stellen. Welche Zahl von Studienplätzen und Weiterbildungsplätzen brauchen wir aus Ihrer Sicht überhaupt für diesen Studiengang und die entsprechende Weiterbildung? Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Sartorius, bitte.

Ariadne Sartorius (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)): Wir benötigen mindestens 2 000 Weiterbildungsstellen – damit würde ich jetzt mal anfangen – pro Jahr, davon 1 500 im ambulanten Bereich, prozentual auch aufgeteilt für den Bereich Kinder und Jugendliche zu 20 Prozent und Neuropsychotherapie. Daraus leiten sich natürlich die notwendigen Studienplätze ab. Diese Zahl wird in den Ländern geregelt. Nach unserer Kenntnis gibt es derzeit erfreulich ausreichend Studienplätze, aber eben nicht in der Weiterbildung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann geht meine nächste Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Bürokratieabbau ist in aller Munde, auch bei Ihnen. Was haben Sie für konkrete Vorstellungen, wie das gelingen könnte und wie beurteilen Sie diesbezüglich das GVSG? Bringt das einen Fortschritt in Sachen Bürokratieabbau? Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Hofmeister, Sie haben das Wort.

Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vielen Dank. Der wesentliche Punkt, den wir unter Bürokratieabbau in dem GVSG sehen, ist der Punkt zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und zu den Bagatellgrenzen. Das wäre ein ganz erheblicher Schritt. Es ist ausreichend ausgeführt worden, dass der finanziell sehr unkritisch ist, also nicht zu Mehrkosten führt, gleichzeitig aber einen ungeheuren Wust an Verfahren, die alle Beteiligten sehr viel Zeit und damit auch Geldkosten zur Seite schaffen würde. Das ist ein Schritt. Das entbindet uns nicht davon, ganz wesentlich weitere Schritte zu unternehmen, zu denen wir auch konkrete Vorschläge gemacht haben. Aber hier ist im GVSG, was Sie angesprochen haben, das

der entscheidende Schritt, und das muss auch dringend kommen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann würde ich die nächste Frage an den GKV-Spitzenverband stellen. Es ist die gleiche Frage: Wie beurteilen Sie das GVSG hinsichtlich des Bürokratieabbaus? Und die Frage speziell zu dem Hintergrund des Vorhabens, die Transparenz innerhalb der GKV durch die Schaffung einer digitalen Plattform zur Darstellung von Service- und Leistungskennzahlen der Krankenkassen zu erhöhen: Trägt das aus Ihrer Sicht zur Transparenzsteigerung bei und inwieweit erhöht das gegebenenfalls den bürokratischen Aufwand für die Kranken- und Pflegekassen? Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Grunenberg.

Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Zu der Frage – die zielt ja darauf ab, dass die Leistungs- und Servicetransparenz der Krankenkassen erhöht, verbessert werden soll –, haben wir in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass es einige Inkonsistenzen in der Formulierung, so wie sie jetzt im Gesetz vorgesehen sind, gibt. Die Krankenkassen scheuen sich nicht vor Transparenz. Ganz im Gegenteil, es gibt auch GKV-intern durchaus Ansätze und Diskussionen in der Frage, wie so eine Transparenz hergestellt werden könnte. Das stellen wir in unserer Stellungnahme dar. Darauf würde ich gerne verweisen. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann würde ich gerne eine Nachfrage an den GKV-Spitzenverband stellen. Halten Sie eine solche Plattform angesichts der schon bestehenden Lösungen für erforderlich? Mit welchen Verwaltungskosten der Krankenkassen würden Sie rechnen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Grunenberg.



Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Ad hoc zu den Verwaltungskosten kann ich natürlich nichts sagen. Im Grundsatz, so wie es vorgesehen ist, soll diese Plattform zentral beim GKV-Spitzenverband angesiedelt werden. Das halten wir für im Grunde systeminkonform und für nicht notwendig. Wir würden andere Lösungen präferieren. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Die letzten Sekunden nehmen wir rüber. Jetzt geht das Fragerecht an die Gruppe Die Linke. Herr Gürpinar, bitte.

Abg. **Ates Gürpinar** (Gruppe Die Linke): Vielen Dank für die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Meine erste Frage richtet sich an den Verein Demokratischer Ärzt*innen, Dr. Michael Janßen. Welches sind die eigentlichen Probleme in der wohnortnahen Versorgung? Was müsste jetzt Ihres Erachtens geschehen, um die Versorgung zu verbessern und zu sichern? Was leistet dieser Gesetzentwurf dazu?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Janßen, bitte.

Michael Janßen (Verein demokratischer Ärzt*innen (vdää)): Guten Tag, es geht ohne „Doktor“. Wir haben derzeit ein zersplittertes Versorgungssystem im ambulanten Bereich, bestehend aus kleinen Arztpraxen, Apotheken, Heilmittelerbringenden, Pflegediensten usw., in dem weder Kooperation untereinander und schon gar nicht mit dem stationären Sektor systematisch vorgesehen ist und auch nicht gefördert wird. Praxen sind privatwirtschaftlich organisiert, von Einzelpraxen bis hin zu MVZ-Ketten in privater Investorenhand. Jedenfalls erfolgt in jedem Fall ein sachfremder Mittelabfluss in ganz erheblichem Umfang. Zweitens: Es existiert keine Bedarfsplanung jenseits der Planung für Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeutinnen im ambulanten Sektor; und schon gar nicht gibt es eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung. Wir müssen weg von den Einzelpraxen. Zukunftsweisend sind sektorenübergreifende kommunale Primärversorgungsstrukturen, die zum Beispiel aufgebaut sind aus allgemeininternistischen stationären Einrichtungen mit sektorenübergreifenden Konzepten, die auch ambulante Versorgung beinhalten, insbesondere teamorientiert und nicht ärztezentriert, interprofessionell vernetzt, evidenzbasiert und

ausgerichtet auf bedarfsorientierte Patientenversorgung. Nichtkommerzielle Träger müssten hier gefördert werden, um das Geld der Beitragszahlenden konsequent im System zu halten. Voraussetzungen sind unter anderem eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung für alle betroffenen Professionen, Förderung neuer Berufe, wie zum Beispiel Advanced Practice Nursing oder die Community Health Nurse. Wir brauchen Heilkundeübertragung für die Pflege und auch für andere Gesundheitsberufe entsprechend ihrer Qualifikation. All dies bietet nicht nur eine bessere Versorgung, sondern auch attraktive Arbeitsbedingungen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal. Fast nichts davon findet sich jetzt noch im vorliegenden Entwurf des GVSG. Die wieder aus dem Gesetzentwurf gestrichenen hausärztlichen Primärversorgungszentren, Gesundheitskioske und Gesundheitsregionen hatten nur sehr zaghafte paradigmatische Ansätze. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Gürpinar.

Abg. **Ates Gürpinar** (Gruppe Die Linke): Ich schließe die zweite Frage auch an Michael Janßen an. Verzeihung dafür. Wie bewerten Sie die geplante Entbudgetierung von Hausärztinnen?

Michael Janßen (Verein demokratischer Ärzt*innen (vdää)): Wir schließen uns im Wesentlichen der kritischen Stellungnahme vom GKV-Spitzenverband an. Wir glauben, dass das Honorierungssystem, so wie es jetzt aufgebaut ist, zwar zu einer subjektiv wahrgenommenen Unterbezahlung führt, jedoch brauchen wir hier keine Entbudgetierung. Dies löst überhaupt kein einziges Strukturproblem und schon gar nicht, das der Nachbesetzung frei werdender Vertragsärzte in strukturschwachen Regionen. Die Belege aus den Entwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendärztinnen hat gezeigt, dass hier die Leistungsmenge auf die Patientinnen und Patienten ausgeweitet sind, die ohnehin schon in den Praxen sind. Es werden keine neuen Patientengruppen in die Praxen eingeführt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Jetzt geht das Fragerecht an die Gruppe BSW. Die ist aber nicht anwesend offensichtlich. Dann geht das Fragerecht direkt weiter an die SPD. Ich gebe Herrn Mende das



Wort. Bitte.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an die AOK, an den Bundesverband. Sie schlagen in Ihrer Stellungnahme als Alternative für die in der Kabinettsfassung noch zurückgezogenen Regelungen zu Primärversorgungszentrum, Gesundheitskiosken und Gesundheitsregionen vor, eine neue Rechtsgrundlage für eine regionale, sektorenunabhängige Versorgung zu schaffen. Was wäre aus Ihrer Sicht der Vorteil einer solchen Regelung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Reimann, bitte.

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Vielen Dank für die Frage. Wir haben sehr kritisiert, dass mit der Streichung der ursprünglich geplanten Regelungen, Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren, was hier auch schon angesprochen worden ist, die versorgungsinhaltlich relevanten Dinge entkernt waren. Andererseits sind wir aber auch skeptisch, ob es sinnvoll ist, immer wieder bundesweit und zum Teil auch überregulierte Blaupausen für neue Versorgungsmodelle konkret ins Gesetz zu schreiben. Solche starr vorgegebenen Modelle finden häufig keinen Anschluss in der regionalen Struktur und helfen dann auch aufgrund dieser regionalen Strukturen, die man vorfindet, nicht wirklich weiter und lassen sich dann oft gar nicht umsetzen. Genau da setzt unser Vorschlag an, nämlich eine regional ausgerichtete, sektorenunabhängige Versorgungsgestaltung zu ermöglichen. Unser Regelungsvorschlag ist in Bezug auf den Vertragsgegenstand und auf die Zielsetzung bewusst offen formuliert und adressiert alle wesentlichen regionalen Akteure, also neben den Krankenkassen auch die Pflegekassen, auch die Kommunen zum Beispiel. Es ist auch vorgesehen, dass wir nicht einheitlich und gemeinsam vorgehen, wie das jetzt häufig so ist, sondern mit denen – ich will das mal den „Club der Willigen“ nennen –, die Umsetzung dann in die innovativen Versorgungsansätze zu starten. Für alle anderen Kassen und Leistungserbringenden wäre ein offener Zugang in Form eines Beitrittsrechts möglich, sodass es wachsen kann. Wir haben darüber hinaus vorgesehen, dass wenn 70 Prozent aller Versicherten in

einem solchen Versorgungsangebot versorgt werden, es dann auf alle Kassen erstreckt wird und so in die Regelversorgung kommt. Die bisherigen Umsetzungshemmnisse hat man dann hinter sich gelassen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Reimann, ich höre gerade, die Frage ist sehr umfassend beantwortet. Vielen Dank.

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Vielleicht kann ich eine Sache noch sagen: Dass es dann über so ein Modell auch Möglichkeiten gibt, Innovationsfondsprojekte in eine Regelversorgung zu überführen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Jetzt Herr Heidenblut.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an Frau Lubisch vom DPtV. Im GVSG werden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zielgerichtet zu verbessern und dauerhaft zu gewährleisten. Wie bewerten Sie die vorgeschlagenen Maßnahmen und besteht hier dringender Handlungsbedarf?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Lubisch, bitte.

Barbara Lubisch (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)): Vielen Dank für die Frage. Allerdings besteht hier dringender Handlungsbedarf. Die jetzt schon im GVSG angesprochenen Regelungen sollten unbedingt realisiert werden. Dazu gehört insbesondere die Verbesserung der Bedarfsplanung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, von Ihnen eben schon angesprochen. Das begrüßen wir sehr. Das brauchen wir, dass das weiterentwickelt werden kann. Dann ist die juristische Klarstellung der arbeitsrechtlichen Position der Weiterbildungsteilnehmenden und die Einführung der Verhandlungsmöglichkeiten für Weiterbildungsambulanzen im § 117 sehr wesentlich. Die vorgesehene bessere Versorgungsmöglichkeit besonders vulnerabler Patienten in Gruppen mit speziellen Schwierigkeiten durch eine Anpassung der



ärztlichen Zulassungsverordnung ist auch ein ganz wichtiger Punkt. Genauso die schon angedachten Entbürokratisierungsmaßnahmen bei der Beantragung von Psychotherapien, zum Beispiel der Verzicht auf einen Konsiliarbericht, vor einer Überweisung oder auch der Wegfall der Zweiteilung der Kurzzeittherapie. Das sind alles Maßnahmen, die dringend umgesetzt werden sollten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Müller.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Fischer von Gesundheit für Billstedt/Horn. Wir glauben, dass Gesundheitskioske als niedrigschwelliges Beratungsangebot in benachteiligten Regionen und Stadtteilen die Versorgung verbessern können. Welche Mehrwerte für die Versorgung sehen Sie in der Praxis? Bitte gehen Sie dabei auch insbesondere auf Effizienzgewinne und Synergieeffekte mit anderen Leistungserbringern ein. Was sagen Sie zu dem Vorschlag, es würden Doppelstrukturen aufgebaut? Welche Erwartungen haben Sie an die Politik?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Fischer, bitte.

Alexander Fischer (Gesundheit für Billstedt/Horn): Vielen Dank für die Frage. Die Versorgung kann relativ zeitnah verbessert werden. Wir haben es geschafft, innerhalb von sieben Jahren über 8 000 Patienten gemeinsam zu versorgen. „Gemeinsam“ bedeutet in einem großen Netzwerk aus niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und eben Pflegefachpersonen, die in die ambulante Versorgung integriert werden. Was bedeutet das? Das bedeutet, dass wir mindestens 250 bis 500 neue Patientenkontakte pro Monat haben, die sofort von diesem Versorgungsmodell profitieren. Wie kommen die zu uns? 50 Prozent der Patienten kommen über die niedergelassenen Ärzte. Das heißt, 4 000 Patienten sind überwiesen worden. Allein im letzten Jahr sind 116 Patienten aus einer Klinik in der Abteilung der Herzinsuffizienz in den Gesundheitskiosk gekommen und wurden dort poststationär von den gemeinsamen Hausärzten versorgt. Sie alle hatten keinen Hausarzt. Das heißt, wir sehen, wir können diese hier schon beschriebenen Versorgungsprobleme, die sich natürlich in gerade diesen Stadtteilen manifestieren, schnell lösen. Dafür ist dieses

Versorgungsmodell konzipiert: für Stadtteile, die von einer niedrigen Versorgungsdichte sowie von einem hohen Anteil an Armut, der zu Krankheit und zu sehr überlasteten Praxen führt, geprägt sind. Hier geht es nicht um Gegeneinander, sondern hier geht es um Ergänzen. Therapiediagnostik wird ergänzt. Therapie wird versucht, in den Alltag der Menschen zu integrieren, die oftmals niedrige Bildungschancen haben, sprachlich nicht so gebildet sind wie wir hier. Das heißt, wir können es schaffen, so Therapie zu verbessern, Therapie Compliance zu verbessern und so nachhaltig und schnell Versorgungsverbesserungen erleben. Das alles wurde evaluiert und auch gezeigt. Innerhalb von 18 Monaten hat sich sowohl die Lebensqualität der Menschen verbessert, die Compliance verbessert, die Zufriedenheit der Ärzteschaft hat sich verbessert, unnötige Krankenhauseinweisungen wurden reduziert. Das heißt, wir sehen relativ schnell Verbesserungen und deswegen sind wir natürlich sehr stark dafür, dass wir nur für diese Region – und da brauchen wir natürlich keine tausend, sondern deutlich weniger –, diese Versorgungsmodelle erhalten. Die können aber nicht selektiv vertraglich geführt werden, denn wir brauchen hier eine einheitliche Rechtsgrundlage, nicht für mich, sondern als Leistungsanspruch für diese vulnerablen Patientengruppen und um natürlich auch Versorgung vor Ort zu halten. Denn gerade die Ärzteschaft ist mittlerweile darauf angewiesen, diese Kooperation des Arztpflegetandems, darum geht es, Arzt und Pflege in der ambulanten Versorgung zu installieren, sozusagen zu initiieren. Deswegen vielen Dank für die Frage. Ich hoffe auf die Installierung dieses Modells.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Baradari.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich möchte vielleicht für unsere Expertinnen und Experten vorab etwas klarstellen. Im Gesundheitsausschuss sind heute demokratische Mehrheiten gefasst worden. Ich denke, das ist wichtig, hier zu betonen und ich hoffe, dass wir im weiteren politischen Verfahren auch aus der demokratischen Opposition gemeinsame Schnittmengen finden werden, denn wir haben das von Herrn Professor Mall und von Herrn Professor Gerlach gehört, die Probleme sind wirklich gewaltig. Deswegen geht meine nächste Frage an den



Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, an Herrn Dr. Hubmann. Wie aus den Zahlen des Evaluationsberichts der KBV hervorgeht, haben die Kinder- und Jugendärzte mit 849 Stellen – das entspricht 331 Vollzeitäquivalenten – bereits ihr Soll bei den Förderungen von Weiterbildungsstellen überschritten. Sie greifen nun zunehmend auf das Kontingent der anderen, nicht allgemeinmedizinischen Fachgruppen zu. Wie beurteilen Sie diese Problematik und welche Lösung schlagen Sie vor?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Hubmann, bitte.

Dr. Michael Hubmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)): Vielen Dank. In der Tat haben wir eine ähnliche Versorgungssituation wie die Hausärztinnen und Hausärzte Deutschlands. Wir haben bereits jetzt über 200 offene Arztstühle, die nicht nachbesetzt werden können. Wir sehen einen dringenden Handlungsbedarf und diesen Webfehler im § 75a, der den hausärztlichen Versorgungsbereich allein auf die Allgemeinmedizin beschränkt, aufzuheben. Gestatten Sie mir nur eine Anmerkung zur Zukunft. „Kinder sind die Zukunft unseres Landes“, das ist ein politisch oft gehörter Satz. Die Anhörung geht relativ lang, aber erst jetzt – Volker war der Erste – sprechen wir über gesunde Kinder. Bitte tätigen Sie diesen Schritt gemeinsam für die Kinder und die Versorgung in unserem Land, damit wir weiter Kinder und Jugendliche gut versorgen können. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Baehrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die BAG Selbsthilfe. Im Entwurf des GVSG ist vorgesehen, dass im Hilfsmittelbereich bei Anträgen von Kindern oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung in einem SPZ oder einem MZEB die Erforderlichkeit vermutet wird. Wie bewerten Sie diese Regelung und sollte das noch in dieser Legislaturperiode umgesetzt werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Doka, bitte.

Dr. Siiri Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG Selbsthilfe)): Ganz herzlichen Dank für die Frage, die uns tatsächlich auch sehr am Herzen liegt. Die BAG Selbsthilfe begrüßt die Regelung sehr. Wir haben die Rückmeldung von vielen Betroffenen, dass sie erheblich unter den bürokratischen Aufwänden leiden und dass das Management der Erkrankung gerade bei Eltern eine zusätzliche Belastung neben der Erkrankung des Kindes ist. Hinzu kommt noch Folgendes: Wir haben im Gemeinsamen Bundesausschuss gerade ein Beratungsverfahren, das auf dem Antrag der Patientenvertretung fußt und das auch darauf zielt, die Hilfsmittelversorgung für Menschen mit komplexen Behinderungen mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche zu verbessern. Wir haben bei diesen Beratungen natürlich das Anliegen, diese Regelung praktisch einzubauen. Wenn die jetzt praktisch fehlt, würde ein wichtiger Baustein runterfallen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herzlichen Dank. Jetzt geht das Fragerecht wieder an die Union und es beginnt Herr Monstadt.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Danke sehr, Frau Vorsitzende. Ich möchte meine Frage an den Bundesverband Niedergelassener Diabetologen richten. Herr Dr. Häußler, wir haben das schon angerissen. Gerade lässt sich abschätzen, welche Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Diabetes-Schwerpunktpraxen das GVSG in der aktuellen Fassung hätte. Wer könnte die ambulante Versorgung von Menschen mit komplexen Verläufen einer Diabeteserkrankung sicherstellen, wenn es die Diabetes-Schwerpunktpraxen als zweite Versorgungsebene nicht mehr gäbe? Danke sehr.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Häußler.

Uwe Häußler (Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND)): Vielen Dank für die Frage. Wir haben Simulationsrechnungen erhalten und aus den regionalen Berufsverbänden natürlich auch Rechnungen erhalten. Das ist von Praxis zu Praxis sicherlich unterschiedlich. Aber wenn man den Durchschnitt nimmt, ist es natürlich immer auch abhängig von den regionalen DMPs, die auch



finanziell sehr unterschiedlich ausgestattet sind, und von der Praxisstruktur, also ob es eine reine Schwerpunktpraxis ist oder auch eine Schwerpunktpraxis mit Nicht-Diabetespatienten. Wir müssen davon ausgehen, dass mindestens 15 bis 20 Prozent, wenn es für die Schwerpunktpraxis schlecht läuft sogar bis zu 40 Prozent, des Gesamthonorars wegfällt und das ist natürlich für die Schwerpunktpraxis existenziell schlecht, sehr schlecht. Wer könnte die Versorgung von Menschen mit komplexeren Verläufen übernehmen? Wir sind als Schwerpunktpraxen in ein Netzwerk von meist ambulant tätigen medizinischen und paramedizinischen Mitversorgern eingebunden. Diabetologen sollten eigentlich die Fallführung der Diabetespatienten Typ 1, so sieht es das DMP vor, Typ 2 Gestationsdiabetes und Typ 2-Diabetikern mit komplexen Therapien und auch Folgekomplikationen haben. Hier sehen wir niemanden außer uns. Wir waren früher der Puffer zwischen klassischen Hausärzten und Kliniken. In den Kliniken ist die diabetologische Kompetenz in den letzten Jahren massiv abgebaut worden. Wir hören immer wieder von unseren Patienten, dass sie alleingelassen worden sind. Gerade was diese komplexen Therapien mit Insulinpumpen, intensivierter Insulintherapie mit Sensoren, mit dieser ganz neuen Diabetologie-Technik angeht, sehen wir niemanden, der das außer den Schwerpunktpraxen machen kann.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Dr. Häusler. Jetzt geht das Fragerecht an Anne Janssen.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Können Sie bitte konkretisieren, welche Bedeutung MVZ derzeit in der Versorgung haben und welche sie in Zukunft haben werden? Wie bewerten Sie einen möglichen regulatorischen Bedarf?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Tetzl, bitte.

Carolin Tetzl (Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV)): Caroline Tetzl, mein Name. Vielen Dank für die Frage. Zum ersten Teil: Welche Bedeutung haben die MVZ derzeit in der Versorgung und werden sie in Zukunft

haben? Seit ihrer Einführung im Jahr 2004 haben wir eine wachsende Bedeutung in der ambulanten, flächendeckenden Versorgung und sind wichtiger Baustein, um auch in der Zukunft, vor allem im ländlichen Bereich mit Zweigpraxen oder telemedizinischen Modellen, patientennahe Versorgung sicherzustellen. Die MVZ leistet einen großen Beitrag in der haus- und fachärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Bereich. Allein die Mitglieder des BBMV sind in 400 Städten und Gemeinden vertreten. Unsere Angebote richten sich insbesondere an die moderne und ambulante Qualitätsmedizin. Sie erfüllen die Ansprüche von Ärzten und Ärztinnen an moderne Arbeitsbedingungen, insbesondere durch flexible Arbeitszeitmodelle, Teamwork, umfassende Investitionen in topmoderne Geräteausstattung und Diagnostik sowie die Förderung ärztlicher und fachärztlicher Weiterbildung und Fortbildung. Auch krankheitsbedingte Ausfälle von Ärztinnen und Ärzten können innerhalb der MVZ-Gruppen besser abgedeckt werden. Somit werden MVZ trägerunabhängig eine wachsende Bedeutung als attraktiver Arbeitgeber für die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung auch im ländlichen Bereich haben. Teil zwei der Frage war: Wie bewerten Sie einen möglichen weitergehenden regulatorischen Bedarf? Wir begrüßen zunächst die höhere Transparenz, insbesondere Strukturtransparenz, die vorgesehen ist, weil sie nach unserer Auffassung die Diskussion über nicht ärztliche Investitionen in ambulante Versorgung in der Zukunft versachlichen wird. Ein solches Gesetz darf jedoch nicht nur für MVZ in bestimmten Trägerschaften gelten. Einen weitergehenden Regulierungsbedarf insbesondere zielgerichtet auf besondere Trägergruppen sehen wir nicht; auch nicht die regionalen Einschränkungen in Bezug auf Einzelkrankenhäuser. Es gibt hierfür nach wie vor keine Evidenz, dass durch enge und weitere Regulierung eine Verschlechterung oder Gefährdung der Versorgung in irgendeiner Form drohen würde. Der Vorwurf, dass MVZ in Investorenhand beeinflussen oder medizinische Entscheidungen verändern würden, geht aus unserer Sicht damit ins Leere. Wir werben weiterhin für Trägervielfalt und Wettbewerb, gerade im Sinne der steigenden Anforderungen an qualitativ hochwertige, flächendeckende Patientenversorgung. In diesem Sinne übrigens plädieren wir für die Zulassung der MVZ in der Repräsentanz der Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Den aktuellen Zustand der fehlenden



Beteiligungenregulierung in dem Fall halten wir für verfassungswidrig. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Dann hatten Sie die KZBV noch gefragt? Oder die Zahnärztekammer? KZBV ist nicht eingeladen. Dann gehen wir weiter mit der Frage an Herrn Müller.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Reinhardt von der Bundesärztekammer. Es gibt für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung für die Versicherten bei verschiedenen Versicherungen ein Bonussystem. Wir haben in Baden-Württemberg sehr gute Erfahrungen damit gemacht. Deshalb frage ich Sie: Wie bewerten Sie das Hausarztmodell mit der Gewährung von Boni an die Patienten? Wie stehen Sie dazu, dass man Patienten, die daran nicht teilnehmen – das ist ja freiwillig –, mit einem Malus belegen könnte?

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Herzlichen Dank für die Frage. Es gibt inzwischen zunehmend Evidenz dafür, dass Patientinnen und Patienten, die durch eine hausärztliche Betreuung koordiniert im Versorgungsbetrieb versorgt werden, besser versorgt sind als die, die völlig willkürlich aus sich heraus die Wahl treffen, wohin sie gehen. Abgesehen davon, dass es zu einer koordinierten und dann auch angemessenen Inanspruchnahme sehr komplexer und auch teurer Ressourcen käme, ist die inhaltliche Versorgung, was subsidiär stattfindet, durch sozusagen die Supervision eines begleitenden Hausarztes, definitiv besser und sicherer. Insofern begrüßen wir grundsätzlich diese Regelung. Das hat der Deutsche Ärztetag in diesem Jahr nochmal in einem Antrag gesondert festgestellt. Wir arbeiten aktuell auch an Vorschlägen, wie das gelöst werden könnte. Die Incentivierung durch Boni ist ein denkbarer Modus von vielen, den man wählen kann. Grundsätzlich, glaube ich, ist es gut, das zu tun. Ich würde allerdings das, eine Malus-Regelung nur dann vornehmen, wenn jemand sich explizit für diese Form von Versorgung ausgesprochen und entschieden hat, dann aber eine andere wählt und daran vorbeigeht. Erstens.

Zweitens, das habe ich vorhin schon gesagt, halte ich es für vernünftig und auch wünschenswert, darüber nachzudenken, dass es Malus-Regelungen geben kann, wenn Menschen den einen Hausarzt oder den einen Facharzt, den sie in dem Quartal in Anspruch genommen haben, als nicht genügend ansehen und einen weiteren oder mehrere weitere befassen. Auch dafür, dass das stattfindet, gibt es harte Zahlen und Daten, die von der Kassenärztlichen Vereinigung geliefert werden können. Ich glaube, dass wir uns das auf Dauer in dieser Form nicht leisten können und auch die Redundanz in den Praxen reduzieren müssen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Kippels bitte.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich neige momentan zu der Entscheidung, diese eine Minute in den dritten Slot zu übernehmen, dann passt es besser.

Die **amtierende Vorsitzende**: Das können wir gerne so tun. Dann geht das Fragerecht an die Grünen und das Wort hat Professor Grau, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage richtet sich an Professor Hager vom Bundesverband Managed Care. Herr Hager, warum ist aus Ihrer Sicht eine Verbindung der Sektorengrenzen durch Gesundheitsregionen notwendig? Was bringt das den Patientinnen und Patienten und ihrer Versorgung und warum sollten solche Verträge primär zwischen Leistungserbringern und den Krankenkassen geschlossen werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Hager.

Prof. Dr. Lutz Hager (Bundesverband Managed Care (BMC)): Vielen Dank für die Frage. Wir haben es alle gehört. Die Lage in der Gesundheitsversorgung in Deutschland geht dahin, prekär zu werden. Es wird sich so lange nichts ändern, solange wir nicht aus dem Hamsterrad herauskommen, also in ein anderes Arbeiten hineinkommen, vor allem in ein kooperatives Arbeiten und in eines, das die



Krankheitslast möglichst verringert. Es gibt dazu ganz viele Lösungen, ich will sie nicht alle im Detail erwähnen, aber ein Schlüssel liegt in der Kooperation im Bereich Versorgungsprozess. Hier schneidet Deutschland in internationalen Vergleichen schlecht ab. Im aktuellen Ranking des Commonwealth Funds landen wir auf dem vorletzten Platz. Patienten profitieren davon, dass Versorgung verfügbar ist, vor allem aber, dass sie koordiniert ist und auf sie ausgerichtet ist. Das wird uns nicht gelingen, indem wir es top down aus dem SGB V leisten, sondern das muss von den Beteiligten vor Ort organisiert werden. Dieser Gedanke ist kein Papier-tiger, sondern wird seit Jahren und Jahrzehnten von hunderten Ärztinnen, Ärzten in Deutschland in über 30 Gesundheitsregionen praktiziert. Es ist umfassend Evidenz zusammengetragen worden. Eine aktuelle Studie der OECD hat eines dieser Versorgungsmodelle evaluiert und sowohl Vorteile der Effizienz, aber vor allem der Lebensjahre bewiesen. Insofern ist regionale Versorgung ein Gestaltungsraum, den es zu erschließen gilt, und zwar zwischen den Partnern. Frau Reimann hat eben darauf hingewiesen, es ist ein Ort der Deregulierung, an dem Neues entstehen kann, passgenau vor Ort. Insofern sollten Verträge möglich sein, die benötigen wir als Gestaltungsinstrument zwischen Krankenkassen und den Leistungserbringern in der Region. Frau Reimann hat eben Näheres zugesagt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Grau.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an Professor Brieger von der Aktion Psychisch Kranke. Menschen mit psychischen Erkrankungen, gerade auch die schweren chronisch Erkrankten, erhalten häufig nicht die Hilfen, die sie eigentlich bräuchten. Wie könnte das Globalbudget Engpässe in der psychiatrischen Versorgung und gleichzeitig die Versorgungsqualität verbessern?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Brieger, Sie sind online dabei und haben das Wort.

Prof. Dr. Peter Brieger (Aktion Psychisch Kranke (APK)): Vielen Dank für diese wichtige Frage. Seelische Gesundheit ist ähnlich prekär wie die anderen

Versorgungsbereiche. Die Modellprojekte nach [§] 64b [SGB V] sind die Vorgaben für ein Regionalbudget, das sektorübergreifend funktionieren kann und soll. Wir wissen aus empirischen Studien, zum Beispiel EVA64 von Professor Jochen Schmidt, dass die Auflösung der Sektorengrenzen dazu führt, dass die Qualität besser wird, dass die Versorgung ambulantisierter wird. Wir wissen, dass die Mitarbeiterzufriedenheit im Bereich besser wird. Die Menschenrechte werden besser versorgt und das Ganze wird dadurch weder teurer noch aufwendiger und es ist besser planbar. Es gibt viele Modelle, die dieses Projekt umsetzen und deswegen sollte das auch fortgeführt werden. Die Idee war gewesen, dass dieses entfristet werden soll, dass der 64b nicht mehr Modellprojekt, sondern tatsächlich zu einem alternativen Versorgungssystem wird. Wir fänden es auch noch gut, wenn ein Kontrahierungszwang der Krankenkassen eingebaut wird, weil es notwendig ist, dass es tatsächlich flächendeckend für alle Krankenkassen gilt. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Professor Brieger. Herr Professor Grau, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an Frau Annette Hemen vom Bundesverband der Ärzte-, Praxis- und Gesundheitsnetze. Was ist aus Ihrer Sicht der Vorteil einer einheitlichen und ausgeweiteten Förderung von Praxisnetzen und wie kann das die Versorgung der Menschen und die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen oder anderen Berufsgruppen verbessern?

Annette Hemen (AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze): Vielen Dank für die Frage. Der Bundesverband der Netze setzt sich für eine bundeseinheitliche Förderung der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze ein. Derzeit wird die einheitliche Rahmenrichtlinie von den KVen und regional noch sehr unterschiedlich umgesetzt. Netze sind Zusammenschlüsse, die multiprofessionell sektorenübergreifend und fachrichtungsübergreifend versorgen, koordinieren. Wir verpflichten uns bei der Zertifizierung nach [§] 87b [SGB V] zur wirtschaftlichen Unabhängigkeit für unterwerfungsklare Qualitätskriterien, die in der Rahmenrichtlinie verankert sind. Das heißt, es führt zu



mehr Qualität in der regionalen Versorgung durch die Koordination von Versorgung, die auch Herr Professor Hager gerade schon gut dargestellt hat. Wir verpflichten uns zur Einrichtung von Qualitäts- und Strukturkriterien. Dadurch, dass die regionale Förderung noch sehr uneinheitlich ist, haben wir auch ein uneinheitliches Bild der Netze bundesweit. Im Bereich der KVWL [Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe] ist eine Förderung sehr umfassend und das zeigt auch, dass wir im Bereich der KVWL sehr viele Netze haben, die sich zertifizieren lassen und die ambulante Versorgung damit natürlich sehr fördern. Wenn wir viele Netze haben, haben wir auch viele Chancen für junge Ärztinnen und Ärzte, die sich gern kooperativ niederlassen wollen. Das heißt, eine Förderung der Netze wird die ambulante Versorgung verbessern und auch die geplante Ambulantisierung durch die Krankenhausreform unterstützen. Denn wir brauchen ambulante, koordinierte Strukturen, um die Versorgungsherausforderung zu meistern.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Hempfen. Haben Sie noch eine kurze Frage, Herr Professor Grau?

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich gebe weiter an Frau Heitmann.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Heitmann, gerne. Bitte, 45 Sekunden.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Kurze Frage an die Bundespsychotherapeutenkammer. Wie bewerten Sie die Notwendigkeit einer Regelung zur Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Benecke, bitte.

Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer (BPK)): Herzlichen Dank für diese wichtige Frage. Psychotherapie erfordert sprachliche Verständigung. Das ist, glaube ich, einigermaßen selbstverständlich. Eine professionelle Sprachmittlung ist für die Versorgung von Patientinnen und

Patienten ohne ausreichende Deutschkenntnisse unbedingt erforderlich. Sprachmittlung sollte im persönlichen Kontakt möglich sein, aber ebenso über Telefon und Video erbracht werden können. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Ganz herzlichen Dank. Jetzt hätten wir noch 10 Sekunden. Die geben wir der Allgemeinheit und das Fragerecht geht an die FDP. Herr Bartelt, bitte.

Abg. **Christian Bartelt** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an den Virchowbund. Sie haben vorhin die Einlassung des GKV-Spitzenverbandes zur Entbudgetierung gehört. Wie stehen Sie zu den von der GKV gemachten Aussagen bezüglich der ungesteuerten Mengenausweitung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Wambach.

Dr. Veit Wambach (Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands): Vielen Dank für die Frage. Eine Mengenausweitung sehen wir schon lange nicht mehr. Wir haben Bereiche in Deutschland, wo die Budgetierung faktisch nicht mehr existiert. Im hausärztlichen Bereich gibt es genügend Länder, in denen über 100 Prozent ausgezahlt wird. Auch im fachärztlichen Bereich gibt es im Süden Länder, wo weit über 90 Prozent ausgezahlt wird. Eine Leistungsausweitung ist in den letzten 15 Jahren von niemandem dort nachgewiesen worden. Deswegen gehört diese Argumentation ins Reich der Vergangenheit und ist nicht zukunftsgewandt. Wir brauchen eine vollständige Entbudgetierung sowohl der Hausärzte als auch der Fachärzte, weil das ist zurzeit nicht nur ein großes Niederlassungshindernis, sondern auch die Quelle von Wartelisten, Wartezeiten, Krankenhausüberinanspruchnahme, Notaufnahmeüberinanspruchnahme. Eine Leistungsausweitung braucht keiner mehr befürchten. Im Gegenteil, das würde die Verbesserung der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten bedeuten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Ullmann.



Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht an die KBV. Hier geht es um den Änderungsantrag Nummer 13. Durch die Aufnahme eines neuen § 140c SGB V soll ein neuer Leistungsbereich für die Sprachmittlung in den Leistungsbereich der GKV aufgenommen werden. Wie bewerten Sie dies für die KBV?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Hofmeister.

Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Grundsätzlich ist natürlich die Sprache die Grundlage der Psychotherapeutin und Patientenbeziehung. Auf der anderen Seite, wenn wir dieses Fass aufmachen – ich sage es so deutlich –, hat das so unendlich viele Folgefragen. Das müssen dann vereidigte und sachverständige Sprachmittler sein. Da darf kein Übersetzungsfehler passieren. Das muss gerichtsfest sein. Ich hätte nicht eine Fantasie, wie wir das leisten sollen und wie wir das bezahlen sollen. Wir sind in Deutschland. Die Sprache hier ist Deutsch und alles andere ist individuell. Das heißt, wir lehnen das zum jetzigen Zeitpunkt ab. Da gibt's noch kein Konzept, keine Idee, keine Erprobung. Wir halten das für ein Fass ohne Boden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an den Spitzenverband der Fachärzte Deutschland. Welche Schritte wären notwendig, um eine gute Versorgung zu gewährleisten, ohne die Beitragssätze der GKV in die Höhe zu treiben?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Heinrich, bitte.

Dr. Dirk Heinrich (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFA)): Vielen Dank für die Frage. Aus unserer Sicht sind fünf Maßnahmen erforderlich. Wir brauchen eine effektive Patientensteuerung durch Koordination durch Hausärzte und Fachärzte, wie ich es vorhin schon skizziert habe. Das könnte sich abspielen vor dem Hintergrund

von Wahlтарifen, was wir für besser halten als Malus- und Bonusregelungen. Wir brauchen eine Stärkung der Eigenverantwortung von Patientinnen und Patienten, denn diese sind entscheidend am Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen beteiligt. Das kann durch Eigenbeteiligung geschehen. Wir brauchen den maximalen Einsatz von Digitalisierung und KI, zum Beispiel durch einen verpflichtenden Check-in in die Praxis am Vorabend durch die Patientinnen und Patienten, wie es jeder beim Fliegen heute macht, mit einer echten Patientenfallakte, die alle Informationen in integrierbarer Form enthält. Viertens: Wir brauchen eine maximale Ambulantisierung aller heute noch stationär erbrachten Leistungen, die ambulant erbracht werden können. Die Leistungen sind längst durch Gutachten identifiziert. Die Hybrid-DRGs kann man formelhaft entwerfen. Das kann morgen im Prinzip losgehen. Natürlich ist das in gewisser Weise disruptiv. Das muss aber zu einem Wettbewerb und soll zu einem Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern führen, möglichst dann auch zu Kooperationen der beiden Sektoren und zu einem Verschmelzen der beiden Sektoren. Das brauchen wir zusammen mit einer entsprechenden Notfallreform, die die Notaufnahmen entlastet durch integrierte Notfallzentren, damit man überhaupt nur eine effektive Krankenhausreform machen kann. Denn ohne eine effektive Ambulantisierung oder eine richtige Notfallreform geht jede Krankenhausreform ins Leere bzw. kann nach fünf Jahren erneut gemacht werden, weil sich Stationsgrößen, Abteilungsgrößen verändert haben, Krankenhäuser sich verändert haben. Das Ganze muss dann aus einem Guss sein. Diese fünf Maßnahmen würden auch derartig viele Ressourcen einsparen und Gelder einsparen und das System effektiver gestalten, sodass das den Beitragssatz wahrscheinlich gar nicht berühren würde.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Bartelt.

Abg. **Christian Bartelt** (FDP): Meine nächste Frage geht an die Bundeszahnärztekammer. Qua Namen soll das GVSG die ambulante Versorgung vor Ort stärken. Gibt es aus Ihrer Sicht in dem Gesetz Punkte, die perspektivisch die Anzahl der Niederlassungen erhöhen? Denn wir sehen eher, dass sich weniger Kollegen in eigener Praxis niederlassen. Was halten Sie von einer Regelung bei



Bagatellgrenzen auch für Zahnärzte bezüglich der Wirtschaftlichkeitsprüfung? Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr von Laffert, 15 Sekunden.

Konstantin von Laffert (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Das ist wenig. Ich habe mir das vorher überlegt und muss leider sagen, dass das GVSG, nach meinem Eindruck, keine einzige junge Zahnärztin, keinen einzigen Zahnarzt zusätzlich motivieren wird, sich in strukturschwachen Gebieten niederzulassen. Wir sehen einen Mangel in Thüringen, Sachsen-Anhalt und MV [Mecklenburg-Vorpommern]. Die Schwächung der Infrastruktur auf dem Lande wird dort weiter Fahrt aufnehmen. Was wir im Entwurf vermissen, ist vor allem der ehrliche und aktive Kampf gegen die bleierne und lähmende Bürokratie in den Praxen. Ich breche an der Stelle ab, ich hätte gerne eine Regelung, wie Sie sie am Ende angesprochen haben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Jetzt geht das Fragerecht an die AfD. Ich sehe Herrn Dietz. Ist das korrekt? Bitte.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt. Auch Sie haben bereits die Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze angemahnt. Wie zufrieden sind Sie mit dem, was bisher geschehen ist? Was halten Sie von den Vorschlägen, die zur Diskussion stehen? Zum Beispiel eine Kooperation von Bund und Ländern und der Übernahme der Kosten für die Verwendung der für die Bundeswehr reservierten Studienplätze durch den Bund, um weitere Mittel für weitere Studienplätze in den Ländern freizumachen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Herzlichen Dank für die Frage. Die Fragestellung, ob wir zu wenig Studienplätze haben, ja oder nein, ist eine offene Frage, die zu diesem Zeitpunkt aus meiner Sicht zumindest schwierig zu beantworten ist, weil wir auf der einen Seite feststellen müssen,

dass angesichts des Arbeitsaufkommens und der Art der Arbeitsorganisationen in Kliniken wie Praxen Not herrscht und auch Mangel besteht, gar keine Frage. Wir erleben auch, dass die Arbeitszeitmodelle sich verändern. Wir haben einen wachsenden und sehr großen Anteil von Teilzeitbeschäftigten im medizinischen Bereich. Das ist auch ein Punkt, warum die reine Kopfzahl etwas anderes aussagt als das, was sich dahinter verbirgt. Ob das dadurch geheilt wird, dass wir heute Menschen ausbilden, die Ärztinnen und Ärzte werden und dann als Vollwertige erst in etwa zehn bis zwölf Jahren arbeiten werden, wenn sie eine Facharztweiterbildung hinter sich haben, ist die Frage. Ich glaube, dass wir vorher, bevor wir uns mit Zahlen befassen, uns nochmal anschauen müssen, ob wir die Art und Weise, wie wir versorgen in den Haus- und Facharztpraxen, in dem Miteinander und auch über die Sektoren hinweg nicht noch Redundanzen produzieren, die eigentlich gar nichts dazu beitragen, dass Patienten sinnvoll versorgt werden, sondern die daneben gehen und die sozusagen das gar nicht treffen, was der tatsächliche Bedarf ist. Insofern würde ich davon absehen, Regelungen zu treffen und auf den Weg zu bringen, die das Bund-Länder-Verhältnis im Zusammenhang mit Bildungshoheit berühren. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dietz.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht an die Bundesärztekammer und die KBV. In vergleichbar hochentwickelten Staaten wie im Vereinigten Königreich, in Frankreich und in den Niederlanden werden zum Beispiel medizinische Fakultäten in die Weiterbildung eingebunden. Halten Sie das auch in Deutschland bei einer Ambulantisierung der Weiterbildung für wünschenswert?

Die **amtierende Vorsitzende**: Dann nehme ich jetzt Herrn Dr. Hofmeister dran und dann schauen wir, ob Herr Dr. Reinhardt noch Zeit hat.

Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Fakultäten sind grundsätzlich eigentlich eingebunden bei der Weiterbildung in den Dialog, so wie auch die Fachgesellschaften. Was wir grundsätzlich brauchen, ist eine stärkere Ambulantisierung in der fachärztlichen



Weiterbildung. Das hat schlicht damit zu tun, dass ungeheuer viele Krankheitsbilder nicht mehr stationär vorkommen und wir deshalb in der ambulanten Welt Weiterbildung brauchen. Das ist im hausärztlichen Bereich inzwischen nach vielen Mühen ordentlich organisiert. Bei den Kinderärzten – haben wir vorher gehört – klemmt es noch und bei den Fachärzten ist es auch noch völlig dereguliert. Das heißt, da gibt es Nachbesserungsbedarf. Aber ich glaube nicht, dass es daran scheitert, dass man mit den Fakultäten nicht spricht.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Danke für die Möglichkeit, noch kurz was dazu zu sagen. Ich denke, dass die aktuelle Hoheit im Hinblick auf die Gestaltung und Weiterbildung bei der Landesärztekammer liegt und damit dann auch bei der Bundesärztekammer und dem Deutschen Ärzte-tag. Das ist aus unserer Sicht im Sinne eines funktio-nierenden, funktionalen Selbstverwaltungssys-tems eines freien Berufes angemessen und richtig. Ich glaube, dass die Möglichkeiten, die strukturel-len Voraussetzungen, die wir haben und gestalten müssen, wie auch die ambulante Weiterbildung in den fachärztlichen und hausärztlichen Praxen oder in den ambulant tätigen Einrichtungen von unter Umständen anderen Trägern mit uns gemeinsam fortentwickelt werden müssen und an die moder-nen Herausforderungen angepasst werden müssen. Ich glaube, wir sind da auf einem grundsätzlich gu-ten Weg. Die Frage ist nur: Lässt der klinische All-tag in den unterschiedlichen Einrichtungen ausrei-chend Zeit, sich mit dem Maß an Muße und Sorg-falt dem Thema zu widmen, das es eigentlich erfor-dert? Darüber muss man, glaube ich, nochmal in Ruhe reflektieren. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Jetzt geht das Fragerecht an die Union. Herr Dr. Kippels.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzli-chen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde meine Frage gerne an den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Spitzenverband der Heilmittelverbände richten. Wie bewerten Sie die Forderungen, Heil-mittelerbringer bzw. diesbezügliche Verbände

besser und stärker in die Entscheidungsprozesse des G-BA einzubinden? Welche Vor- und Nachteile sehen Sie?

Die **amtierende Vorsitzende**: Beginnen wir mit Frau Schmidt, bitte.

Vivien Alice Schmidt (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Vielen Dank für die Frage und die Möglichkeit des Einbringens. Also grundsätzlich muss man erstmal sehen, dass Heilmittelerbringer am SGB V eine sehr heterogene Gruppe sind. Es gibt sowohl die Physiotherapeuten als auch die Stimm-sprach-, Sprech- und Schlucktherapeuten, bekannt als Logopäden, Ergotherapeuten, die Er-nährungsberater und Podologen. Diese haben sehr unterschiedliche Interessen. Zudem gibt es noch sonstige Berufsgruppen, die Heilmittel auf Rezept zulasten der Krankenkassen erbringen können. Rechtssystematisch sind das aber alles veranlasste Leistungen, auch wenn natürlich darüber diskutiert wird, gerade im Bereich der Physiotherapie eigen-ständige Entscheidungskompetenzen zu schaffen. Die Frage stellt sich dann auch, wenn man die von Ihnen adressierte Frage stellt, ob das nicht auf die große Gruppe der Hilfsmittelerbringer zutreffen würde und eben auch auf andere Berufsgruppen und ob diesen weitergehende Beteiligungsrechte im G-BA zugestanden werden müssten. Wir sehen hier die Gefahr, dass eine solche große Öffnung eine Vielzahl neuer Beteiligungsrechte ermöglichen würde, die am Ende unsere Entscheidungsfindung eher verzögert und lähmt und zumindest mit Blick auf die sonst gewünschte Verfahrensbeschleuni-gung zu Konflikten führt. Außerdem müsste man auch die Frage nach der Beteiligung der Kammern stellen. Zudem ein rein praktisches Argument: Wir sehen bislang keine einheitlichen Verbandsstruktu-ren, die die Heilmittelerbringer in ihrer ganzen Breite repräsentieren. Im Bereich der Hilfsmitteler-bringer ist die Aussplitterung noch viel weiterge-hender. Da gibt es zum Beispiel die Vertretung über den Zentralverband des Deutschen Handwerks, aber auch Verbände, die nur industrielle Hilfsmit-telerbringer vertreten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Dieselbe Frage soll noch an Herrn Norxs, bitte.



Markus Norxs (Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)): Vielen Dank. Der SHV begrüßt außerordentlich, dass der Schatz des interprofessionellen Zusammenarbeitens der Gesundheitsberufe gehoben wird. Wir sehen hier ein Riesopotenzial, um eine effektive Patientenversorgung in Deutschland zu gewährleisten. Deswegen begrüßen wir grundsätzlich, dass die Rechte von Pflege, wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Hebammen gestärkt werden sollen. Nicht nachvollziehbar ist dagegen, dass den Heilmittelerbringern keine Erweiterung ihrer Beteiligungsrechte gewährt wird. Heilmittel sind ein unabdingbarer Bestandteil der präventiven, kurativen und rehabilitativen und palliativen Gesundheitsversorgung und ihre Bedeutung wird in einer alternden Gesellschaft weiter zunehmen. Es ist unverständlich, dass Ärzte und Krankenkassen immer noch allein über die Versorgung mit Heilmitteln entscheiden können. Dies trägt weder zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung bei, noch entspricht es einem interprofessionellen Steuerungsansatz im deutschen Gesundheitswesen. Der SHV betrachtet es als unerlässlich, dass die Kompetenz und Erfahrung der Heilmittelprofessionen verstärkt in den G-BA eingebracht werden und der SHV einen Sitz im G-BA mit Stimmrecht bei den Richtlinien und Entscheidungen erhält, die die Heilmittelerbringer betreffen, mindestens aber ein Antrags- und Mitberatungsrecht analog der Berufsorganisation der Pflegeberufe. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke und Herr Rüd-
del erhält das Wort.

Abg. **Erwin Rüd-
del** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Stegmeier. Können Sie uns darlegen, warum eine kommunale bzw. regionale Anbindung der Gesundheitsversorgung fachlich und im Sinne der Patientenversorgung geboten ist, ob der vorliegende Gesetzentwurf dem gerecht wird und was aus Ihrer Sicht notwendig wäre, damit eine solche erfolgreich umgesetzt werden kann?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Stegmeier, bitte.

Elmar Stegmeier (Kompetenznetzwerk Social Prescribing): Vielen Dank für die Frage, die ich gerne, aber sehr kurz beantworten möchte. Wir

gehen von den Bedarfen eines Menschen bzw. von Patientinnen und Patienten aus. Die Bedarfe müssen natürlich vor Ort gelöst werden. Das ist Regionalisierung und Ambulantisierung; das Lösen dieser Bedarfe. Es gibt zwei Punkte dazu. Zum einen benötigt natürlich der Betroffene mit seinen Bedarfen die Leistungen und Angebote vor Ort, diese müssen vorhanden sein. Der zweite Punkt ist, dass die Person diese Angebote auch nutzen kann, sprich den Zugang zu diesen Angeboten. Der Zugang wird insbesondere Menschen verwehrt, die sich in komplexen Lebens- und Versorgungssituationen befinden, das heißt, die eben ihre Versorgung oder ihre Teilnahme an der Versorgung nicht mehr selbst und auch nicht mit ihren An- und Zugehörigen lösen können. Die Antwort darauf ist die Koordination und Steuerung, so wie es heute auch schon ein paar Mal angesprochen worden ist. Aus unserer Sicht sind allerdings einzelkoordinierende Maßnahmen nicht umfassend wirksam, sondern wir fordern eine regionale Governance.

Die **amtierende Vorsitzende**: Ein abschließender Satz, bitte.

Elmar Stegmeier (Kompetenznetzwerk Social Prescribing): Eine regionale Governance, in der auf verschiedenen Ebenen das in Form eines Care- und Case-Managements gelöst werden kann und das von der deutschen Gesellschaft für Case-Management umfassend dargestellt wurde. Insbesondere das Care-Management sieht man bei den...

Die **amtierende Vorsitzende**: Das muss genügen. Vielen Dank. Jetzt geht das Fragerecht an die SPD. Herr Mende.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an den BKK Dachverband. Wie bewerten Sie die Idee, Betriebsärzte stärker in die Versorgung einzubinden? Wie könnte das aussehen? Welche positiven Effekte hätte das für die Versicherten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Knieps, Sie sind online. Wir sehen Sie, bitte.



Franz Knieps (BKK Dachverband): Vielen Dank für die Frage. Wir sehen gleich mehrere Vorteile, die auch über das jetzige Gesetz hinausreichen. Betriebsärzte waren bis 1989 in der Regel mit einer sogenannten Teilzulassung ausgestattet und konnten bis zu 10 Stunden an der Versorgung teilnehmen. Heute sind sie allein auf die Überzeugungsarbeit angewiesen; ihre Klientel, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, zu überzeugen, dass sie einen Hausarzt und oder einen Facharzt in Anspruch nehmen sollen. Hier könnten sie beispielsweise direkt eine Überweisung ausstellen. Sie könnten auch im Nachgang zu Operationen, zu komplexeren Behandlungen die Leute im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements unterstützen, wieder zurück in die Arbeit zu kommen. Hier ist eine Ressource von etwa 10 000 Werksärztinnen und Werksärzten, Betriebsärztlichen Diensten etc., die deutlich einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung und besseren Vernetzung im Gesundheitswesen leisten könnten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Knieps. Frau Müller.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an den Bundesverband für Medizintechnologie. Um den Herstellern von Wundbehandlungsprodukten ausreichend Zeit zu geben, das von uns eingeführte Beratungsverfahren beim G-BA in Anspruch zu nehmen und auch die Ergebnisse des IQWiG in die Erstellung der Nutznachweise berücksichtigen zu können, schlagen wir die Verlängerung der Übergangsregelung nach § 31 [Absatz] 1a Satz 5 SGB V vor. Wie bewerten Sie diesen Ansatz? Sollten wir aus Ihrer Sicht versuchen, für eine Verlängerung noch kurzfristig eine Mehrheit im Deutschen Bundestag zu finden? Bitte um eine kurze Antwort.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Pohl, bitte.

Juliane Pohl (Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)): Vielen Dank für die Frage. Das ist dringend erforderlich. Es liegt ein Änderungsantrag vor, der genau das vorsieht. Wenn eine Verlängerung nicht stattfindet, dann... Entschuldigung, einmal zurück: Die Übergangsfrist läuft, Stand heute, am 2. Dezember 2024 aus. Der G-BA hat gerade das

IQWiG beauftragt, genaue Kriterien herauszustellen, wie die Nutzenbewertung für diese Produkte erfolgt. Die Ergebnisse dieses IQWiG-Verfahrensgutachtens werden im Frühjahr nächsten Jahres vorliegen. Das heißt, erst dann ist die Bewertung der Produkte möglich. Insofern, wenn eine Verlängerung der Übergangsfrist jetzt nicht stattfindet, wie es vorgesehen war, dann werden diese Produkte nicht mehr erstattungsfähig sein und somit die Patientinnen und Patienten nicht mehr versorgt werden für diese Zeit.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Pohl. Frau Baradari.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Professor Mall, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Die aktuell durchschnittlich erzielten 5,3 Jahre Ermächtigungszeitraum für sozialpädiatrische Zentren werden von relevanten Fachgesellschaften als deutlich zu kurz beurteilt. Sollte aus Ihrer Sicht ein längerer gesetzlicher Ermächtigungszeitraum ermöglicht werden? Wenn ja, wie sollte dieser ausgestaltet sein?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Mall, bitte.

Prof. Dr. Volker Mall (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)): Vielen Dank. Das ist dringend erforderlich. Sozialpädiatrische Zentren in Deutschland versorgen Kinder und Jugendliche mit schweren Mehrfachbehinderungen. Hier sind dringend Reformen notwendig, weil die Wartezeiten ständig steigen. Die Änderungen müssen die Zulassungen betreffen, den § 119 [SGB V] und die Zulassungszeiträume einheitlich zum Beispiel auf zehn Jahre festlegen. Das wäre dringend geboten. Wir brauchen darüber hinaus die Möglichkeit der Zulassung von Außenstellen und eine Flexibilisierung der Altersgrenzen, um die Versorgung dieser Patientengruppe schwer mehrfachbehinderter Kinder und Jugendliche zu verbessern.



Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Jetzt haben wir noch Zeit für eine Frage. Herr Mende, wollen Sie nochmal?

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Ich versuch's nochmal. Vielen Dank, Frau Vorsitzende. An die KBV: Wir sind der Auffassung, dass die Tätigkeit im vertragsärztlichen Notdienst, zu denen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte aufgrund ihrer Zulassung verpflichtet sind, einen bloßen Annex zu ihrer selbstständigen Haupttätigkeit darstellt. Wie sehen Sie insoweit einen gesetzlichen Klarstellungsbedarf, um den von der KV organisierten vertragsärztlichen Notdienst etwa durch sogenannte Poolärzte zu erleichtern? Was halten Sie von dem zwischen BMG, BMAS und Rentenversicherung und Ihnen ausgehandelten Kompromiss?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Hofmeister, bitte.

Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vielen Dank für die Frage. Ganz wichtiger Sachverhalt. Ja, wir sehen hier ganz dringenden Nachbesserungs- und Änderungsbedarf. Der ausgehandelte Kompromiss mit dem BMAS würde tragen. Schöner wäre die Lösung gewesen mit der Analogstellung zu dem notärztlichen Dienst. Das wäre klarer. Aber der ausgehandelte Kompromiss trägt nach Aussage der KV. Wir brauchen diese Regelung aber ganz dringend, sonst wird der Notdienst uns um die Ohren fliegen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Was machen wir mit den letzten 45 Sekunden? Die schenken wir der Allgemeinheit. Dann sind wir ans Ende dieser wichtigen Anhörung gekommen. Wir danken Ihnen allen sehr für Ihre Expertise, für Ihre Zeit und den Abgeordneten für die sehr zielführenden Fragen. Jetzt wird es die Aufgabe der Parlamentarier:innen sein, auszuloten, für was es noch gemeinsame Mehrheiten gibt. Notwendigkeiten sind hier umfänglich beschrieben. Ich danke Ihnen allen. Kommen Sie gut nach Hause, ins Büro, wo immer Sie jetzt hingehen, bleiben Sie möglichst gesund. Wir freuen uns alle auf ein Wiedersehen.

Schluss der Sitzung: 17:43 Uhr

gez.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Amtierende Vorsitzende