



Nur zur dienstlichen Verwendung

Kurzprotokoll der 8. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 8. Oktober 2025, 09:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101) und
Zoom-Meeting

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 20

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes über die Feststellung des
Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2026
(Haushaltsgesetz 2026 – HG 2026)**

BT-Drucksache 21/600

Federführend:

Haushaltsausschuss

Gutachtlich:

Innenausschuss
Ausschuss für Sport und Ehrenamt
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Verteidigungsausschuss
Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Gesundheit
Verkehrsausschuss
Ausschuss für Umwelt, Klimaschutz, Naturschutz und nukleare Sicherheit
Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe
Ausschuss für Forschung, Technologie, Raumfahrt und Technikfolgenabschätzung
Ausschuss für Tourismus
Ausschuss für Kultur und Medien
Ausschuss für Digitales und Staatsmodernisierung
Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen



Nur zur dienstlichen Verwendung

Tagesordnungspunkt 2

Seite 18

- a) **Bericht der Bundesregierung zum vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Forschungsvorhaben "Erfahrung und Lebenslagen ungewollter Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)"**

Selbstbefassung S-21(14)20

- b) **Fachgespräch zur Versorgungslage von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland**

Selbstbefassung S-21(14)21

Tagesordnungspunkt 3

Seite 25

- a) **Bericht der Bundesregierung zur Einführungsphase bzw. Umsetzung der „ePA für alle“ durch die Krankenkassen für ihre Versicherten: Eine Bestandsaufnahme**

Selbstbefassung S-21(14)18

- b) **Fachgespräch anlässlich der verpflichtenden Nutzung der ePA für alle Leistungserbringer zum 1. Oktober 2025**

Selbstbefassung S-21(14)19

Tagesordnungspunkt 4

Seite 10

- a) **Gesetzentwurf der Bundesregierung**
Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung
BT-Drucksache 21/1493

Federführend:

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Gesundheit

Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)



Nur zur dienstlichen Verwendung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer
bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung
- 21/1493 -**

**Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäuße-
rung der Bundesregierung**

BT-Drucksache 21/1940

Federführend:

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Ju-
gend

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Gesundheit
Haushaltsausschuss

Tagesordnungspunkt 5

Seite 12

**Proposal for a Regulation of the European Parlia-
ment and of the Council on the Union Civil Protec-
tion Mechanism and Union support for health
emergency preparedness and response, and repeal-
ing Decision No 1313/2013/EU (Union Civil Protec-
tion Mechanism)**

KOM(2025)548 endg.; Ratsdok.-Nr. 11689/25

Federführend:

Innenausschuss

Mitberatend:

Ausschuss für Gesundheit
Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen
Union

Tagesordnungspunkt 6

Seite 12

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung
und Entbürokratisierung in der Pflege**

BT-Drucksache 21/1511

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung
und Entbürokratisierung in der Pflege
- 21/1511 -**

**Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäuße-
rung der Bundesregierung**

BT-Drucksache 21/1935

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss



Nur zur dienstlichen Verwendung

- c) Antrag der Abgeordneten Simone Fischer, Dr. Janosch Dahmen, Linda Heitmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen

BT-Drucksache 21/583

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Haushaltsausschuss

Tagesordnungspunkt 7

Seite 17

Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

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

BT-Drucksache 21/1748

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Forschung, Technologie, Raumfahrt und Technikfolgenabschätzung

Haushaltsausschuss

Tagesordnungspunkt 8

Seite 17

Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Zuwanderung in das Gesundheitssystem begrenzen – Zurückführung der medizinischen Versorgung von Ausländern auf das verfassungsrechtlich gebotene Minimum – Orientierung am dänischen Modell

BT-Drucksache 21/1750

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Haushaltsausschuss

Tagesordnungspunkt 9

Seite 18

Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Flächendeckende Einführung und bundeseinheitliche Regulierung von smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen

BT-Drucksache 21/1752

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Digitales und Staatsmodernisierung

Haushaltsausschuss



Nur zur dienstlichen Verwendung

Tagesordnungspunkt 10

Seite 32

Nachbericht zur Sitzung des Rates für Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz (EPSCO) (Formation Gesundheit) am 20. Juni 2025 in Luxemburg

Selbstbefassung S-21(14)12

Tagesordnungspunkt 11

Seite 32

Nachbericht des Bundesministeriums für Gesundheit zum Informellen Treffen der EU-Gesundheitsministerinnen und EU-Gesundheitsminister am 15. und 16. September 2025 in Kopenhagen, Dänemark

Selbstbefassung S-21(14)24



Nur zur dienstlichen Verwendung

Mitglieder des Ausschusses

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid Walch, Siegfried
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt, Dagmar
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpinar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



Nur zur dienstlichen Verwendung

Liste der Auskunftspersonen

Fachgespräch „Versorgungslage von Schwangerschaftsabbrüchen“
am Mittwoch, 8. Oktober 2025

- **Prof. Dr. Daphne Hahn**
Hochschule Fulda, Projektleitung ELSA-Studie
- **Prof. Dr. Mandy Mangler** (online)
Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (BLFG)
- Dipl.-Sozialpädagogin **Kirsten Schmitz** (online)
pro familia Ortsverband Heidelberg
- **Prof. Dr. Gregor Thüsing**
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- **Dr. Ellen Lundershausen**
Bundesärztekammer (BÄK)



Nur zur dienstlichen Verwendung

Liste der Auskunftspersonen

Fachgespräch „Anwendung der ePA für alle Leistungserbringer“
am Mittwoch, 8. Oktober 2025

- **Claudia Korf**
ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- **Dr. Florian Harge**
gematik GmbH
- **Dr. Markus Beier**
Hausärztinnen- und Hausärzteverband
- **Dr. Sibylle Steiner**
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- **Klaus Rupp**
TK Techniker Krankenkassen
- **Thomas Moormann**
Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)



Nur zur dienstlichen Verwendung

Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Nur zur dienstlichen Verwendung

Beginn der Sitzung: 09:30 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD) führt aus, Tagesordnungspunkt 1, der Haushaltsentwurf der Bundesregierung für 2026, werde mit Eintritt der Ministerin gegen 11:30 Uhr aufgerufen. Die Sitzung werde mit Tagesordnungspunkt 4, dem Gesetzentwurf zur Pflegefachassistentenausbildung und den entsprechenden Änderungsanträgen beginnen, dann würden die Tagesordnungspunkte 5 bis 9 folgen. Im Anschluss werde gegen 10 Uhr Tagesordnungspunkt 2, beginnend mit dem Bericht des BMG zur ELSA-Studie [Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung] und daran anschließend das Fachgespräch zu den Schwangerschaftsabbrüchen, aufgerufen. Ab 10:45 Uhr stünden die Experten für Tagesordnungspunkt 3, dem Fachgespräch zur Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA), bereit. Die Tagesordnungspunkte 10 und 11 würden auf die nächste Sitzungswoche verschoben. Online mit Stimm- und Rederecht würden die Abgeordneten Maria-Lena Weiss und Dr. Christos Pantazis teilnehmen. Sie stellt die Tagesordnung fest.

Tagesordnungspunkt 4

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung

BT-Drucksache 21/1493

b) Unterrichtung der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung - 21/1493 -

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 21/1940

Die **Vorsitzende** ruft Tagesordnungspunkt 4 auf und bittet um die Positionen der einzelnen Fraktionen.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU) führt aus, dass die Fraktion der CDU/CSU dem Pflegefachassistentengesetz zustimme. Es schaffe ein einheitliches,

bundesweit gültiges Berufsbild mit klaren Kompetenzen, erleichtere die Anerkennung und mache Mobilität zwischen den Ländern endlich selbstverständlich. Die geregelte Durchlässigkeit bis hoch ins Studium eröffne verlässliche Karrierewege und erhöhe die Attraktivität der Pflege. Das Gesetz bündele die bisherigen 27 Landesverordnungen zu einem tragfähigen Kompromiss und bringe damit Ordnung, Rechtssicherheit und Planungssicherheit für Träger, Schulen und Auszubildende. Dieses Gesetz stärke Ausbildung, Berufspraxis und Versorgung und die Fraktion der CDU/CSU werbe um Zustimmung.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD) führt aus, dass der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung darauf abziele, die Ausbildung der Pflegefachassistenten in Deutschland zu vereinheitlichen. Aufgrund des demografischen Wandels steige der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal. Der Entwurf sehe eine generalistische Ausbildung vor, die in 18 Monaten absolviert werde und den Zugang zu allen Versorgungsbereichen ermögliche. Die Finanzierung erfolge durch Ausgleichsfonds, um die Ausbildungsqualität und -kapazitäten sicherzustellen. Eine angemessene Ausbildungsvergütung sei ebenso vorgesehen, um die Attraktivität des Berufs zu erhöhen. Damit werde eine durchlässige Karriereentwicklung im Pflegebereich unterstützt. Das Vorhaben berge aber auch Risiken, wie die Zentralisierung, die die Flexibilität für regionale Besonderheiten mindern könnte. Auch könne der Kostenaufwand für die Umstrukturierung hoch sein. Es bestehe die Gefahr, dass Länder ihre spezifischen Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt sähen, die Übergangsfristen das bestehende System destabilisieren könnten und dass das Potenzial für bürokratische Hindernisse bei der Anpassung ausländischer Berufsabschlüsse zu hoch sei. Aus diesem Grund werde sich seine Fraktion enthalten.

Abg. **Claudia Moll** (SPD) erklärt, dass mit dem Pflegefachassistentengesetz eine bundesweit einheitliche Grundlage für die Ausbildung von Pflegefachassistenten geschaffen werde. Damit sei der bisherige Flickenteppich aus landesrechtlichen Regelungen beendet und einheitliche Qualitätsstandards in Theorie und Praxis seien gesichert. Die neue Ausbildung erleichtere den Einstieg in die Pflege, schaffe Durchlässigkeit in die Fachkraftausbildung



Nur zur dienstlichen Verwendung

und stärke die Einrichtungen bei der Fachkräftesicherung. Sie wirbt daher um Zustimmung zu diesem Gesetz, das die Pflege stärke und jungen Menschen neue Perspektiven eröffne.

Abg. **Simone Fischer** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) stellt fest, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf und damit der Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung ein längst überfälliger Schritt unternommen worden sei. Bestehende Unterschiede zwischen den Ländern würden abgebaut, verbindliche Ausbildungsstandards geschaffen und die Durchlässigkeit in der Pflegefachausbildung verbessert. Besonders positiv seien die generalistische Ausrichtung, die Anschlussfähigkeit an die Pflegefachausbildung nach dem Pflegeberufgesetz und die geregelte Anerkennung ausländischer Abschlüsse. Das erhöhe die Attraktivität und Mobilität im Berufsfeld Pflege und sei ein Beitrag gegen den Arbeits- und Fachkräftemangel. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehe aber auch in mehreren Punkten Änderungsbedarf. Erstens wolle man die Ausbildung gezielt stärken und schlage vor, die Länder zu ermächtigen, Sprachförderung und allgemeinbildenden Unterricht in die Ausbildung zu integrieren. Das verbessere die Erfolgchancen der Auszubildenden und helfe, Ausbildungsabbrüche zu vermeiden. Alternativ sollten erfolgreiche Modellprojekte dauerhaft fortgeführt werden. Zweitens halte man die vorgesehene Reduzierung der Berufserfahrung als Voraussetzung für eine Ausbildungsverkürzung für nicht sachgerecht. Praktische Pflegeerfahrung könne Unterricht und qualifizierte Praxisanleitung nicht ersetzen. Man fordere klare Mindestzeiten, um die Qualität und Verlässlichkeit der Ausbildung sicherzustellen. Drittens sehe man die Möglichkeit kritisch, eine Ausbildung ohne Schulabschluss allein auf Basis einer Prognoseentscheidung beginnen zu können. Man schlage vor, das Bundesinstitut für Berufsbildung bis Mitte 2026 verbindliche Empfehlungen zur Schaffung bundesweit einheitlicher Kriterien zur Verhinderung der Absenkung von Standards erarbeiten zu lassen. Viertens sei die Integration der Ausbildungskosten in bestehende Ausgleichsfonds zwar nachvollziehbar, würde aber die Eigenanteile der Pflegebedürftigen weiter erhöhen. Der Gesetzentwurf sei ein wichtiger Fortschritt, bleibe aber in

zentralen Punkten hinter den Erfordernissen zurück. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN werde sich beim Gesetzentwurf enthalten.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke) gibt an, dass die Grundidee der Zusammenfassung von 27 unterschiedlichen Ausbildungsgängen nach Landesrecht mit teilweise kürzeren Ausbildungszeiten zu einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung gut sei, weil das die berufliche Mobilität bundesweit besser gewährleiste. Schlecht sei aber die mit 18 Monaten relativ kurze Ausbildungsdauer. Die Pflegefachassistentenausbildung solle auch Menschen ohne mittleren Schulabschluss offenstehen und würde dann eine umso längere Ausbildung erforderlich machen. Auch der generalistische Charakter der Ausbildung spreche für mindestens 24 Monate. Zudem sei schlecht, dass die Ausbildungskosten in SGB-IX-Einrichtungen genauso wie in der Pflegefachausbildung auf die Pflegebedürftigen umgelagert werden. Bei der Durchlässigkeit zur Ausbildung zur Pflegefachperson bestünden noch Verbesserungsmöglichkeiten, ebenso bei den Schutzrechten der Auszubildenden. Sprachförderung müsse verbindlich innerhalb der Ausbildungszeit stattfinden und es solle den Auszubildenden innerhalb der Ausbildung ermöglicht werden, einen mittleren Schulabschluss zu erwerben. Die Regelung zur Praxisanleitung sei unzureichend und sollte größere Anteile ausmachen. Sie wirft die Frage auf, ob diese kurzen Ausbildungen im Patienteninteresse oder eher im Arbeitgeberinteresse seien und einer Dequalifizierung des Berufes Tür und Tor öffne. Die Fraktion Die Linke werde sich enthalten.

Die **Vorsitzende** führt aus, bei den folgenden Abstimmungen werde zunächst über die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen und dann über die der Grünen-Fraktion abgestimmt und anschließend über den Gesetzentwurf.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) beantragt, über den Änderungsantrag 2d auf Ausschussdrucksache 21(13)13¹ getrennt abzustimmen.

¹ Anlage: Ausschussdrucksache 21(14)13



Nur zur dienstlichen Verwendung

Der Ausschuss stimmt dem Änderungsantrag 2d der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 21(13)13 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD zu.

Der Ausschuss stimmt den restlichen Änderungsanträgen auf Ausschussdrucksache 21(13)13 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke zu.

Die **Vorsitzende** erklärt, auf Wunsch der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN solle zunächst über Änderungsantrag 1a auf Ausschussdrucksache 21(13)11² abgestimmt werden. Nur im Fall von dessen Ablehnung solle über Änderungsantrag 1b auf der gleiche Ausschussdrucksache abgestimmt werden.

Der Ausschuss lehnt den Änderungsantrag 1a der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 21(13)11 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD ab.

Der Ausschuss lehnt die Änderungsanträge 1b, 2 und 3 der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 21(13)11 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD ab.

Der Ausschuss beschließt mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 21/1493 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der Ausschuss nimmt die Unterrichtung der Bundesregierung auf Drucksache 21/1940 einvernehmlich zur Kenntnis.

Tagesordnungspunkt 5

Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on the Union Civil Protection Mechanism and Union support for health emergency preparedness and response, and repealing Decision No 1313/2013/EU (Union Civil Protection Mechanism)

KOM(2025)548 endg.; Ratsdok.-Nr. 11689/25

Der Ausschuss nimmt den Vorschlag auf KOM(2025)548 endg.; Ratsdok.-Nr. 11689/25 einvernehmlich zur Kenntnis.

Tagesordnungspunkt 6

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

BT-Drucksache 21/1511

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

- 21/1511 -

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 21/1935

c) Antrag der Abgeordneten Simone Fischer, Dr. Janosch Dahmen, Linda Heitmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Priorität für Pflege – Jetzt Sofortmaßnahmen ergreifen

BT-Drucksache 21/583

Die **Vorsitzende** gibt bekannt, zu dem Gesetzentwurf lägen Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD sowie von BÜNDNIS 90/DIE

² Anlage: Ausschussdrucksache 21(13)11



Nur zur dienstlichen Verwendung

GRÜNEN vor.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, dass es bei diesem Gesetzentwurf darum gehe, Befugnisse von Pflegefachpersonen so zu erweitern, dass diese entsprechend ihrer heilkundlichen Kompetenzen künftig bestimmte Aufgaben übernehmen könnten, die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten seien. Das verbessere die Versorgung und werte den Pflegeberuf weiter auf. Mit dem Gesetz würden wichtige Schritte in Richtung einer umfassenden Entbürokratisierung der Pflege unternommen, um Pflegebedürftige und ihre Familien, Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen, aber auch Kassen und Prüfdienste von vermeidbaren Aufwänden zu entlasten. Daneben beinhalte der Gesetzentwurf weitere Regelungen zur Stärkung der Pflegestrukturen vor Ort und setze mehr Anreize für innovative Versorgungsformen. Er beinhalte auch verschiedene Regelungen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Gesetzentwurf sei am 6. August 2025 vom Kabinett beschlossen worden und die erste Lesung habe am 11. September stattgefunden. Der Bundesrat habe am 26. September Stellung genommen. Die Berichterstattergespräche hätten bereits stattgefunden, sodass bereits Änderungsanträge vorlägen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) äußert Irritation über die Zeitabläufe der Zusage der Änderungsanträge. Er zitiert den Bundestagsabgeordneten Tino Sorge (CDU/CSU) vom 9. Oktober 2024, der damals die kurzen Beratungszeiten, die bereits in Bezug auf andere Gesetzgebungsvorhaben von der Bundestagspräsidentin und auch dem Bundesverfassungsgericht gerügt worden seien, kritisiert habe. Das sollte Anlass sein, dass man sich in diesem Ausschuss bei der Beratung von Gesetzgebungsvorhaben an die vorgegebenen Gepflogenheiten und Zeitabläufe halte. Im Übrigen sei es erstaunlich, dass die Änderungen durch das BMG und nicht durch die Abgeordneten, die das Verfahren führten, vorgestellt würden.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erläutert, dass die Vorstellung der Änderungsanträge selbstverständlich durch die Kolleginnen und Kollegen aus der Fraktion erfolge. Er

habe lediglich den Gesetzentwurf eingeführt. Er sei korrekt zitiert worden und danke der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ihre Flexibilität und Mitarbeit. Sie hätten elf Änderungsanträge zum Gesetzentwurf eingebracht, die gleich beraten werden würden.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke) erkundigt sich nach der vorgesehenen Änderung in Artikel 3 Nummer 20 des Gesetzentwurfs solle § 105 Absatz 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Entsprechend der Änderung entscheide die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) über die Aufbringung der Mittel für den Strukturfonds und erhalte damit einen erheblichen Gestaltungsspielraum bei der Verteilung der finanziellen Lasten zwischen den Arztgruppen und auch über die Profiteure. Im Hinblick auf die in Unterzahl gegenüber den Fachärzten in den KVen vertretenen Hausärztinnen und Hausärzten stelle sich die Frage, wie sichergestellt werden könne, dass die Finanzierung des Strukturfonds nicht einseitig zu Lasten einzelner Arztgruppen erfolge und dass die Mittel angemessen an Strukturprojekte in der Primärversorgung gingen. Es sei schließlich eines der Ziele der Regierung, die Primärversorgung zu stärken.

Maria Becker (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) fragt nach, ob sich die Frage tatsächlich auf Artikel 3 § 15a beziehe.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke) erläutert, es gehe um die Änderung von § 105 Absatz 1a, der regelt, dass die jeweilige KV selbst über die Aufbringung der Mittel für den Strukturfonds entscheide.

Maria Becker (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) kündigt an, die Frage an die zuständige Fachabteilung des Ministeriums zu geben, die sich mit der vertragsärztlichen Versorgung beschäftigt.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke) bedankt sich und bekräftigt die Kritik der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, da eine Entscheidung schwierig sei, wenn Fragen dazu vom BMG nicht beantwortet werden könnten.



Nur zur dienstlichen Verwendung

Die **Vorsitzende** ruft die 15 Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen auf Ausschussdrucksache 21(14)25³ auf und bittet die Abg. Claudia Moll (SPD) um Einführung in die Änderungsanträge 1 bis 8. Die Fraktion CDU/CSU übernehme die Anträge 9 bis 15.

Abg. **Claudia Moll** (SPD) führt in die Änderungsanträge 1 bis 8 der Koalitionsfraktionen auf ein.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) merkt an, dass mit Änderungsantrag 3 die gematik als private Gesellschaft mit hoheitlichen Aufgaben und damit mit weitreichenden Befugnissen versehen werde. Es stelle sich die Frage, ob mit diesem Änderungsantrag, der im Übrigen sehr kurzfristig übersandt worden sei, das geplante Digitalagenturgesetz entfalle oder ob es sich um eine vorgezogene Teilregelung handele. Bei Letzterem stelle sich die Frage, wie sich die dann neue Rolle der gematik in einer Gesamtkonzeption der Digitalstrategie wiederfinde. Er äußert außerdem Verwunderung darüber, dass Fragen zu diesem als dringlich angesehenen parlamentarischen Änderungsantrag nur vom BMG beantwortet werden könnten.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD) erläutert zur Kurzfristigkeit der Übersendung, dass zunächst die Arbeitsgruppen der Fraktionen die Änderungen hätten beschließen müssen. Das Thema werde aber bereits seit Längerem diskutiert. In der vergangenen Legislaturperiode sei der gesundheitspolitische Sprecher der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beispielsweise ein starker Befürworter dieser Regelung gewesen. Sie sei wichtig, da nur so die ePA gut eingeführt und die Telematikinfrastruktur (TI) gut weiterentwickelt werden könnten.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) erkundigt sich, warum dies nicht im Gesetzesentwurf, sondern kurzfristig im Änderungsantrag eingeführt werde. Er wolle aber trotzdem wissen, ob ein Digitalagenturgesetz geplant sei oder ob die Regelungen dafür im Änderungsantrag enthalten seien.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) bekräftigt, dass sich alle Fraktionen darüber einig sein, dass die Digitalisierung schneller vorangetrieben werden müsse. Aus diesem Grunde habe man einzelne Regelungen zur Digitalisierung über die Fraktionen in Form von Änderungsanträgen eingebracht. Die Digitalisierung dürfe nicht an einzelnen Institutionen oder Gesetzen diskutieren werden, sondern müsse als Querschnittsaufgabe angesehen werden.

Abg. **Claudia Moll** (SPD) führt aus, dass Änderungsantrag 4 die Frist für die Ausleitung von Daten aus der ePA an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit verlängere. Im Kabinettsentwurf sei bereits eine Verschiebung der Frist vorgesehen gewesen, diese werde nun nochmals angepasst, da die derzeit im Gesetz vorgesehene Frist bereits abgelaufen sei.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) sagt, er entnehme dem Änderungsantrag 4, dass die aufgrund von technischen Vorarbeiten und neuen Planungen eine Fristverschiebung von 15 Monaten zu den vorgesehen Releases nötig sei. Er erkundigt sich, was diese Verschiebung der Digitalisierung bedeute.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD) erläutert, dass es nicht darum gehe, die Digitalisierung zu verschieben. Man sei sehr ambitioniert, müsse sich aber der Realität anpassen. Die bisherige Frist sei schon verstrichen und man sei bei der Umsetzung der Ziele an vielen Stellen im Verzug. Die Verzögerung sei ärgerlich, aber die Umsetzung benötige einfach mehr Zeit.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) ergänzt, man habe in der Vergangenheit gesehen, dass bei bestimmten Fristen auch dadurch Akzeptanzprobleme entstanden seien, weil die umsetzenden Akteure die Einhaltung der Frist als nicht machbar kommuniziert hätten. Aus diesem Grunde müsse man gewisse Fristen verlängern. Das bedeute aber im Umkehrschluss nicht, dass die Digitalisierung in den nächsten

³ Anlage: Ausschussdrucksache 21(14)25



Nur zur dienstlichen Verwendung

15 Monaten stillstehe. Einerseits werde kritisiert, dass die gematik Kompetenzen übertragen bekomme, bzw. Dinge administrieren und umsetzen solle, andererseits werde proklamiert, dass die Digitalisierung im Stand-by stehe. Die Digitalisierung gehe voran. Bei 99 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sei die ePA installiert. Die ePA-Readiness liege bei den Zahnärzten bei 97 Prozent.

Abg. **Claudia Moll** (SPD) führt aus, Änderungsantrag 5 beschäftige sich mit dem Zugriff auf Abrechnungsdaten der Krankenkassen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) bittet um Aufklärung, ob die Regelung bedeute, dass es Versicherten zukünftig nicht mehr möglich sei, ihren Ärzten die Abrechnungsdaten zu anderen Behandlungen freizugeben.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) verneint das. Sinn und Zweck sei es, dem Patienten die Hoheit über seine Daten zu geben. Die Umsetzung Digitalisierung und insbesondere die Umsetzung der ePA sei ein dynamischer Prozess. Man werde auch zukünftig an vielen Stellen noch nachjustieren müssen. Salopp gesagt gelte „Let’s start and fix it on the way“.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) merkt an, dass ein Widerspruch zwischen dem Gesetzestext und der Erläuterung bestehe. Er bitte um Prüfung, weil gemäß der Formulierung im Änderungsantrag die Freigabe von Abrechnungsdaten auch dann nicht möglich wäre, wenn die versicherte Person das wünsche.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) weist darauf hin, dass man sich in der Politik dem Spagat zwischen dem Wunsch nach weitgehender Digitalisierung einerseits und dem Vorwurf, mit Gesundheitsdaten nicht sensibel genug umzugehen, ausgesetzt sehe. Der vorliegende Text sei ein guter Kompromiss. Falls sich die geschilderten Probleme bewahrheiteten, werde man gegebenenfalls nachjustieren.

Die **Vorsitzende** verweist für weitere Hinweise auf

die am Nachmittag stattfindende Anhörung und erteilt Abg. Moll das Wort.

Abg. **Claudia Moll** (SPD) führt aus, Änderungsantrag 6 beschäftige sich mit der Fristanpassung zum Anschluss an die TI für Heil- und Hilfsmittelerbringer.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) erkundigt sich nach dem Grund für die Fristverschiebung, die den Anschluss von Heil- und Hilfsmittelerbringern an die TI und damit an die Digitalisierungsinfrastrukturen des Landes um 22 Monate verschiebe.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD) erläutert, es gebe zwei Gründe für die Fristverschiebung. Einerseits sei man mit der Umsetzung im Verzug und andererseits sei damit eine Vereinfachung und eine Kostenersparnis für die Leistungserbringer verbunden. Durch diese Verschiebung werde man am Ende keinen Heilmittelausweis mehr brauchen, was eine Vereinfachung und Entbürokratisierung für die Leistungserbringer sei. Aus diesem Grunde sei Verschiebung notwendig und sinnvoll.

Abg. **Claudia Moll** (SPD) erläutert, Änderungsantrag 7 schließe Regelungslücken beim Ausschluss über 55-jähriger privat Krankenversicherter aus der GKV. Nach § 6 Absatz 3a SGB V seien nicht in der GKV versicherte Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze sowie Beamte und hauptberuflich Selbstständige nach Vollendung des 55. Lebensjahres grundsätzlich vom Zugang zur GKV ausgeschlossen. Ein Landesgerichtsurteil eröffne hier nun eine Umgehungsmöglichkeit. Beendeten die genannten Personen ihre Erwerbstätigkeit, könnten sie nach Ablauf von 2,5 Jahren auch nach Vollendung des 55. Lebensjahres wieder in der GKV versicherungspflichtig werden, zum Beispiel durch Aufnahme eines Mini-Jobs. Zweitens, wenn über 55-jährige privat Krankenversicherte durch eine kurzfristige, zum Teil auch fingierte Beschäftigung in einem EU-Mitgliedsstaat in die dortige staatliche Krankenversicherung aufgenommen würden, könnten sie bei der Rückkehr nach Deutschland wieder in die GKV. Beide Fälle würden durch die Regelung unterbunden und die Regelungslücke geschlossen. Gemäß § 6 Absatz



Nur zur dienstlichen Verwendung

3a Satz 1 seien künftig Personen, die nach Vervollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig würden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert gewesen seien. Mit der Regelung sollten Wechsel in die GKV unterbunden werden, wenn während der aktiven Erwerbsphase keine ausreichende Beteiligung an der solidarischen Finanzierung der GKV stattgefunden habe.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke) erkundigt sich nach der genauen Anzahl der Personen, die den Wechsel jetzt vollziehen könnten.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erläutert, dass es aktuell keine konkreten Zahlen gebe, aber es sich potenziell um jede Person über 55 Jahre handle, die privat versichert sei und die Möglichkeit in Anspruch nehmen wolle. Das BMG werde die Zahlen nachreichen, soweit sie vorlägen.

Abg. **Claudia Moll** (SPD) erläutert, dass Änderungsantrag 8 sich mit der Schließung einer weiteren Regelungslücke beim Ausschluss älterer PKV-Versicherter aus der GKV befasse. Infolge des Flexi-Rentengesetzes komme es vermehrt zu Fällen, in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch zeitweises gezieltes Absenken des Rentenzahlungsbetrags auf bzw. unter die Einkommensgrenze der Familienversicherung in die GKV aufgenommen werden müssten. Bei anschließendem Wechsel in die Vollrente könnten diese die Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft in der GKV fortsetzen. Diese Missbrauchsmöglichkeit zulasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler werde unterbunden, indem ein Wechsel von zuvor nicht in der GKV versicherten Ehegatten und Lebenspartnern aus der privaten Krankenversicherung in die Familienversicherung der GKV durch Absenken einer Altersrente auf eine Teilrente ausgeschlossen werde.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke) fragt nach konkreten Zahlen.

Dr. Thomas Braun (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erläutert, dass die beiden

Änderungsanträge in Zusammenhang stünden. Es solle künftig grundsätzlich ausgeschlossen werden, dass Personen über 55 Jahre aufgrund von drei Regelungslücken von der Privaten Krankenversicherung in die GKV wechselten. Es sei aber nicht bekannt, inwieweit dieser Personenkreis die Regelungslücken ausnutzten. Vermutlich seien es nicht viele Personen, trotzdem wolle man die Lücken schließen.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU) führt aus, durch Änderungsantrag 9 werde der Bewertungsausschuss dazu verpflichtet, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab, EBM, für die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen regelmäßig zu überprüfen, ob er den besonderen Bedürfnissen der Versorgung von behinderten Menschen Rechnung trage. Soweit aufgrund der Überprüfung eine Anpassung der Bewertungsmaßstäbe erforderlich sei, stelle die Regelung zudem sicher, dass sich durch die Anpassung das in Punkten bestimmte Leistungsvolumen insgesamt nicht erhöhe. Änderungsantrag 10 betreffe die Finanzierung der Psychotherapeuten in Weiterbildung.

Abg. **Simone Fischer** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) erkundigt sich, ob dieser Änderungsantrag die im Koalitionsvertrag angekündigte Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie abschließend sicherstellen solle. Sie fragt, ob weitere Änderungen, die auch die Weiterbildung in Praxen und Kliniken einschließlich Weiterbildungselemente wie Theorie und Supervision umfassen vorgesehen seien.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU) antwortet, dass die Regierungskoalition sich für weitere Änderungen engagiere.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU) erklärt, in Änderungsantrag 11 gehe es um Klarstellung der Antragsfrist für Solidargemeinschaften. Im Jahr 2021 sei eine Bestandsschutzregelung für Solidargemeinschaften eingeführt worden. Seitdem habe man die Möglichkeit, eine Bestätigung des Vorliegens der gesetzlichen Voraussetzungen gegenüber dem BMG zu beantragen. Alle fünf Jahre sei ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen. In § 176 Absatz 1 SGB V solle nunmehr klar geregelt werden, dass mehr als vier Jahre nach Inkrafttreten



Nur zur dienstlichen Verwendung

der Bestandsschutzmöglichkeit eine erstmalige Antragstellung nicht mehr möglich sei. Die Befristung trage damit ausdrücklich dem Gesetzesziel Rechnung, dass § 176 SGB V ausschließlich eine Bestandsschutzregelung sei. Änderungsantrag 12 beschäftige sich mit Verbandmittel und der Verlängerung der Übergangsfristen bis zum 31. Dezember 2026. Bis zu diesem Zeitpunkt seien Wundauflagen weiterhin erstattungsfähig. Die Fristverlängerung trete zum 2. Dezember 2025 in Kraft. Änderungsantrag 13 regle die Beitragsfreiheit einer Waisenrente bei Ableistung eines Freiwilligendienstes. Änderungsantrag 14 betreffe eine fälschlicherweise doppelt erfolgte Vergabe eines Paragraphen im SGB V mit unterschiedlichem Regelungsinhalt bereinigt. Die Übergangsregelung zum sozialen Entschädigungsrecht werde in das 15. Kapitel des SGB V transferiert. Änderungsantrag 15 sei eine Verweiskorrektur. Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2025 solle unter anderem ein ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds zur Abgeltung von Aufwendungen der Krankenkassen für einen befristeten Rechnungszuschlag an Krankenhäuser geleistet werden. Aufgrund eines Versehens sei der Verweis auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser gestrichen worden, was nun korrigiert werde.

Die **Vorsitzende** ruft die Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf, die in zwei Paketen übermittelt worden seien.

Abg. **Simone Fischer** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) führt in die Änderungsanträge 1 bis 11 auf Ausschussdrucksache 21(14)21⁴ und Änderungsantrag 12 auf Ausschussdrucksache 21(14)24⁵ ein.

Abg. **Simone Fischer** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): führt den Antrag ihrer Fraktion auf Drucksache 21/583 ein.

Der Ausschuss beschließt einstimmig, eine Anhörung zu dem Antrag auf Drucksache 21/583 durchzuführen.

Tagesordnungspunkt 7

Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

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

BT-Drucksache 21/1748

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD) stellt den Antrag seiner Fraktion vor.

Der Ausschuss beschließt einstimmig, eine Anhörung zu dem Antrag auf Drucksache 21/1748 durchzuführen.

Tagesordnungspunkt 8

Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Zuwanderung in das Gesundheitssystem begrenzen – Zurückführung der medizinischen Versorgung von Ausländern auf das verfassungsrechtlich gebotene Minimum – Orientierung am dänischen Modell

BT-Drucksache 21/1750

Abg. **Martin Sichert** (AfD) führt den Antrag ein.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD) merkt an, dass die Fraktion der SPD die Durchführung von öffentlichen Anträgen unterstütze, wenn sie die Themen Gesundheit und Pflege betreffen. Der vorliegende Antrag beschäftige sich jedoch mit Migration und schüre Ressentiments. Daher lehne man eine öffentliche Anhörung ab.

Abg. **Martin Sichert** (AfD) erläutert, der Antrag beziehe sich nicht auf das Thema Migration, sondern auf das Thema des Managements der Ressourcen im Gesundheitssystem und wem welche Ressourcen in welchem Umfang zur Verfügung gestellt würden.

⁴ Anlage: Ausschussdrucksache 21(14)21

⁵ Anlage: Ausschussdrucksache 21(14)24



Nur zur dienstlichen Verwendung

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU) unterstützt die Anmerkung des Abg. Matthias David Mieves. Der Antrag sei nicht sachgerecht und man werde daher ebenfalls eine öffentliche Anhörung ablehnen.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) führt aus, man unterstütze gerne Anhörungen zu Anträgen, die eine realistische gesetzliche Grundlage hätten und Änderungen anregen. In diesem Antrag würden grundlegende Menschenrechte und internationale Abkommen infrage gestellt. Daher werde man einem Antrag eine öffentliche Anhörung durchzuführen nicht zustimmen.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU) weist darauf hin, dass wenn ein Mensch so schwer krank sei, dass er ärztliche Hilfe benötige, es keine Rolle spiele, welcher Nationalität er angehöre. Dann sei es ein Gebot der Menschlichkeit, dass man ihm helfe, egal welcher Kasse oder welcher Volkszugehörigkeit er sei.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD) erklärt, es gehe um eine Anhörung, in der man das Pro und das Kontra erörtern wolle. Letzten Endes solle das Ergebnis eine Entlastung der GKV sein, was im Interesse aller liegen müsste. Sie verstehe nicht, warum man die Anhörung verweigere. Für sie bedeute das, dass man Angst vor dem Ergebnis der Anhörung habe.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU) merkt an, dass das, was im Fokus des Antrages stehe, das Asylbewerberleistungsrecht betreffe, für das der Gesundheitsausschuss fachlich nicht zuständig sei.

Der Ausschuss lehnt die Durchführung einer Anhörung zum dem Antrag auf Drucksache 21/1750 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion AfD ab.

Tagesordnungspunkt 9

Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Flächendeckende Einführung und bundeseinheitliche Regulierung von smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen

BT-Drucksache 21/1752

Abg. **Martin Sichert** (AfD) führt den Antrag ein.

Der Ausschuss beschließt einstimmig, eine Anhörung zu dem Antrag auf Drucksache 21/1752 durchzuführen.

Tagesordnungspunkt 2

a) Bericht der Bundesregierung zum vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Forschungsvorhaben „Erfahrung und Lebenslagen ungewollter Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)“

Selbstbefassung S-21(14)20

Die **Vorsitzende** erklärt, zu diesem Tagesordnungspunkt seien Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingeladen worden.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, dass die mit 5,3 Millionen Euro durch das BMG geförderte Forschungsschwerpunktstudie „Psychosoziale Situation und Unterstützungsbedarf von Frauen mit ungewollter Schwangerschaft“ abgeschlossen sei und die Abschlussberichte seit 13. August auf der Internetseite des BMG veröffentlicht seien. Wesentliche Ergebnisse von ELSA seien, dass der Abbruch oder das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft sich nicht längerfristig psychisch belastend auswirke. Es bestünden allerdings regionale Unterschiede in der medizinischen Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch. Es gebe, pauschal gesagt, eine schlechtere Versorgung im Süden und Westen Deutschlands. Aus der Sicht der Frauen mit ungewollter Schwangerschaft würden als Hürden für einen Abbruch fehlende Informationen zu Methoden und Anbietern, Kosten, Stigmatisierung und regionale Erreichbarkeit genannt. Hürden aus Sicht der Ärzteschaft bestünden in einer lückenhaften Weiterbildung. 25 Prozent der interviewten Ärztinnen und Ärzte hätten angegeben, die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Facharztweiterbildung nicht erlernt zu haben. Des Weiteren sei der zeitliche Aufwand beim Zugang zu erforderlichen Arzneimitteln hoch, weil Sondervertriebswege zu berücksichtigen seien. Die Verabreichung der Arzneimittel und die Überwachung des



Nur zur dienstlichen Verwendung

Abbruchs seien ebenfalls zeitintensiv. Insofern sei die Studie sehr aufschlussreich. Im Koalitionsvertrages seien zu Schwangerschaften in Konfliktsituationen und zu Verhütungen sowie zur Stärkung der medizinischen Weiterbildung Vereinbarungen getroffen worden. Dabei gehe es auch unter Beachtung der Länderzuständigkeit darum, gemeinsam Thema auch im Hinblick auf die ärztliche Weiterbildung anzugehen.

b) Fachgespräch zur Versorgungslage von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland

Selbstbefassung S-21(14)21

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) beantragt, das Fachgespräch öffentlich durchzuführen.

Die **Vorsitzende** sagt, dass die Tagesordnung festgestellt sei und dass verabredet gewesen sei, den Antrag zu Beginn der Sitzung zu stellen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU) führt aus, dass man in der Obleute-Besprechung vereinbart habe, diesen Antrag am Anfang der Sitzung zu stellen und abzustimmen. Die Herstellung der Öffentlichkeit sei organisatorisch nicht mehr möglich. Sie werbe deswegen dafür, von einer Abstimmung abzusehen. Weiterhin schlägt sie vor, in der nächsten Obleute-Besprechung zu besprechen, wann Abstimmungen zum Thema Öffentlichkeit stattfinden sollten.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) stimmt dem Verfahrensvorschlag für die Zukunft zu, weist aber darauf hin, dass die von den Obleuten am Vortag besprochene Zeitplanung für den heutigen Tag obsolet sei, da die große Anzahl an Änderungsanträgen, die nach der Obleute-Besprechung verschickt worden seien, die Tagesordnung gesprengt habe. Man werde in Zukunft solche Anträge gern am Anfang der Sitzung stellen, aber an diesem Antrag auf Öffentlichkeit festhalten, da man es im Gegensatz zu den Koalitionsfraktionen für wichtig halte, Fachexpertise öffentlich tagen zu lassen.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD) äußert die Bitte,

sich an die Ergebnisse der Obleute-Besprechung zu halten. Nicht gestern, sondern in der vorangegangenen Sitzungswoche sei in Anwesenheit der Obfrau der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in der Obleute-Besprechung vereinbart worden, dass Abstimmungen generell am Anfang der Sitzung stattfinden und nicht im weiteren Verlauf der Sitzung. Das sei heute möglich gewesen. Abg. Emmi Zeulner habe bereits erwähnt, dass die Herstellung der Öffentlichkeit aus praktischen Gründen jetzt nicht mehr möglich sei.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) wünscht eine Sitzungsunterbrechung, da sein Verständnis aus der gestrigen Obleute-Besprechung ein anderes sei.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD) erklärt, es gehe nicht um die gestrige Sitzung, sondern um die in der vorangegangenen Sitzungswoche.

Die **Vorsitzende** weist darauf hin, dass sie sich zu Beginn der Sitzung nach Anmerkungen zur Tagesordnung erkundigt und auch bewusst einen Moment Zeit gelassen habe, damit etwaige Anträge gestellt werden könnten.

Der Ausschuss beschließt mit 16 Stimmen der Oppositionsfraktionen gegen 12 Stimmen der Koalitionsfraktionen, das Fachgespräch öffentlich durchzuführen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU) hält fest, dass im Protokoll der 8. Obleute-Besprechung vermerkt sei, dass die Abstimmung über die Öffentlichkeit des Fachgesprächs vor Eintritt in die Tagesordnung stattfinden solle. Es sei unhöflich, dass sich nicht an diese Vereinbarung gehalten werde.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) widerspricht und erläutert, der Antrag sei bereits im September gestellt worden und allen Fraktionen schriftlich zugegangen. Man habe die Herstellung der Öffentlichkeit auch in der Obleute-Besprechung beantragt und es habe keinen Widerspruch gegeben, dass über die Öffentlichkeit abgestimmt werden solle. Man habe das zwar nicht am



Nur zur dienstlichen Verwendung

Anfang der Sitzung getan, aber der Wunsch nach Abstimmung über die Öffentlichkeit in der Ausschusssitzung sei bekannt gewesen.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD) ergänzt, es sei Usus, dass die Vorsitzende bei einem Dissens, den strittigen Punkt vor Eintritt in die Tagesordnung aufruft.

Die **Vorsitzende** erklärt, dass der Antrag verabredungsgemäße hätte zu Beginn der Sitzung gestellt werden sollen.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD) beantragt ebenfalls eine Sitzungsunterbrechung für eine Zusammenkunft der Obleute.

Abg. **Martin Sichert** (AfD) wendet ein, dass man bereits zeitlich im Verzug sei und die Experten warteten. Eine Obleute-Besprechung sei unnötig und unhöflich den Experten gegenüber.

Die **Vorsitzende** unterbricht die Sitzung und ruft eine Obleute-Besprechung ein.

10:50 Uhr bis 10:57 Uhr Sitzungsunterbrechung

Die **Vorsitzende** eröffnet die unterbrochene Sitzung und erläutert, dass einige Sachverständige nicht öffentlich angehört werden wollten, da dies nicht im Vorfeld angekündigt gewesen sei.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke) sagt, der Ausschuss habe seine Entscheidung über die Öffentlichkeit getroffen. Sachverständige, die nicht öffentlich angehört werden wollten, könnten auch nicht angehört werden.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD) stimmt zu, dass Sachverständige, die nicht öffentlich sprechen wollten, nicht angehört werden könnten.

Die **Vorsitzende** unterbricht die Sitzung erneut und bittet die Obleute erneut zu einer Besprechung.

11:05 Uhr bis 11:16 Uhr Sitzungsunterbrechung

Die **Vorsitzende** verkündet, die Obleute hätten einvernehmlich entschieden, das Fachgespräch zu vertagen.

Tagesordnungspunkt 1

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2026 (Haushaltsgesetz 2026 – HG 2026)

BT-Drucksache 21/600

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt ein, dass der Haushalt 2026 mit Gesamtausgaben in Höhe von rund 20,1 Milliarden Euro rund 0,8 Milliarden Euro über dem von 2025 liege. Dieser Anstieg ergebe sich summarisch im Wesentlichen aus dem höheren Darlehen für die Soziale Pflegeversicherung (SPV) von 1,5 Milliarden Euro, den erhöhten Ausgaben für das Cybersicherheitsprogramm sowie den gesunkenen Ausgaben für die Abwicklung der Impfstoffbeschaffungen. Ein Schwerpunkt sei weiterhin, bis zum Greifen der geplanten Reformen, die Stabilisierung der Finanzsituation in GKV und SPV. Zur kurzfristigen Stabilisierung der Sozialversicherungen halte die GKV 2026 wie bereits 2025 2,3 Milliarden Euro. Die SPV erhalte nun 1,5 Milliarden Euro als überjährige zinslose Darlehen.

Am 25. September habe sich die GKV-Kommission konstituiert und bereits Ende März 2026 sollten erste Ergebnisse und die endgültige Ergebnisse Ende 2026 vorliegen. GKV und SPV seien die beiden großen finanziellen Schwerpunkte, die gemeinsam 90 Prozent des gesamten Einzelplans ausmachen, insgesamt rund 18,4 Milliarden Euro.

In Kapitel 1502 seien gut 1,5 Milliarden Euro etatziert, die unter dem Titel Pflegevorsorge und sonstige soziale Sicherung neben dem SPV-Darlehen auch Mittel für gesetzliche Leistungen wie für die Entschädigung von Hepatitis C-Opfern aus der ehemaligen DDR, für Mutterschutz, private Pflegevorsorge und weitere Leistungen enthielten.

Im Präventionskapitel 1503 seien Mittel in Höhe von rund 720 Millionen Euro veranschlagt worden. Der Rückgang der Ausgaben um 960 Millionen Euro beruhe im Wesentlichen auf geringeren Ausgaben in der Abwicklung der



Nur zur dienstlichen Verwendung

Impfstoffbeschaffungen. Dem stünden Mehrausgaben für das Sofortprogramm Cybersicherheit gegenüber. Das Sofortprogramm zur Verbesserung der Cybersicherheit im Gesundheitswesen befindet sich aktuell in der Konzeption und starte 2026, wobei es ab der zweiten Jahreshälfte die Möglichkeit zur Antragstellung gebe. Es diene dem Aufbau einer resilienten IT-Sicherheitsinfrastruktur in Krankenhäusern und systemrelevanten Gesundheitseinrichtungen sowie dem Schutz der Patientenversorgung entlang der primären Akutversorgung. Das Programm falle unter die Bereichsausnahme der Schuldenregeln und habe einen Umfang von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro bis 2029 mit einem Umfang von 190 Millionen Euro im Jahr 2026.

Vorgaben zu Einsparungen bei Förderprogrammen und sächlichen Verwaltungsausgaben führten dazu, dass es 2026 zu Absenkungen beim allgemeinen Aufklärungstitel und bei der Drogen- und Suchtmittelaufklärung komme.

Deutlich zurück gingen auch die Mittel für die Abwicklung der Corona-Pandemie. Eventuelle Mehrbedarfe müssten aus den Ausgaberesten gedeckt werden.

Es seien Mittel in Höhe von 15 Millionen Euro für Modellmaßnahmen zu Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Long-Covid veranschlagt und weitere 163 Millionen Euro im sogenannten Forschungskapitel vorgesehen, über das auch das Long-Covid-Programm finanziert werde.

Die institutionellen Zuwendungsempfänger erhielten erstmals seit Jahren mit 1,4 Millionen Euro mehr Mittel für ihre Gesamtausgaben von 7,1 Millionen Euro und könnten damit Kostensteigerungen beim Personal ausgleichen und müssten diese nicht durch eigene Einsparungen finanzieren.

Rund 122 Millionen Euro seien für das internationale Gesundheitswesen vorgesehen. Darin enthalten seien die freiwilligen Beiträge und Pflichtbeiträge an die WHO, die Finanzierung von UNAIDS, Global Health Protection Programm oder des WHO-Hubs. Dessen Finanzierung 2025 mit 30 Millionen Euro sei eigentlich ausgelaufen, nun werde er mit 20 Millionen Euro weiterfinanziert. Aufgrund unter anderem des Rückzugs der USA auf der WHO seien die WHO-Pflichtbeiträge gestiegen. Diese würden zu Lasten der freiwilligen Beiträge finanziert.

Weiterhin gebe es über das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität im Jahr 2026 3,5 Milliarden Euro für den Transformationsfonds

Krankenhäuser und 2,5 Milliarden Euro für die Soforttransformationskosten Krankenhäuser. Für den Ausbau von KI-Reallaboren und souveräner Gesundheitsdateninfrastruktur seien 65 Millionen Euro vorgesehen.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU) fragt nach dem Sachstand zur GKV-Kommission und den zu erwartenden Ergebnissen.

BMin **Nina Warken** (BMG) führt aus, dass die GKV-Kommission sich Ende September konstituiert habe und Ende März 2026 erste Ergebnisse mit kurzfristig umsetzbaren Handlungsempfehlungen zur Stabilisierung der Beitragssätze ab 2027 vorlegen solle. Sie sei paritätisch und multidisziplinär besetzt und arbeite ohne politische Vorgaben. Aufgrund des zu erwartenden Defizits bei den Kassen müssten kurzfristige Maßnahmen vorgezogen werden. Ende des nächsten Jahres sollten grundlegendere Vorschläge vorgelegt werden, die die langfristige finanzielle Entwicklung in den Blick nähmen. Sicherlich müsse zum Beispiel der Risikostrukturausgleich geprüft werden. Es gebe keine roten Linien oder Denkverbote, aber die Vorschläge müssten umsetzbar sein.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU) fragt, wie die Arbeiten am Zukunftspakt Pflege voranschreiten und wie der weitere Zeitplan sei.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, dass der Zukunftspakt Pflege bereits in der nächsten Woche erste Eckpunkte vorstellen und die Arbeit bis Ende des Jahres abgeschlossen haben werde. Man werde in der nächsten Woche sehen, welche Möglichkeiten weiterverfolgt werden sollten und welche Vorschläge überhaupt auf dem Tische lägen.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU) erkundigt sich nach dem Programm Verbesserung der Cybersicherheit im Gesundheitswesen.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, dass die Vorarbeiten zu dem Programm im vergangenen Jahr stattgefunden



Nur zur dienstlichen Verwendung

hätten und in diesem Jahr Anträge gestellt werden könnten. Krankenhäuser und systemrelevante Gesundheitseinrichtungen sollten in der Lage sein, sich eine resiliente Sicherheitsinfrastruktur zuzulegen. Es gebe einen Anstieg der Angriffe und ein höheres Sicherheitsniveau sei für die Gesundheitseinrichtungen wichtig.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD) merkt an, dass es keinen vollständigen Ausgleich für die Differenz, die durch die Inanspruchnahme versicherungsfremder Leistungen durch Bürgergeldempfänger entstehe, gebe. Derzeit lägen die Zuschüsse bei 14,5 Milliarden Euro und das Darlehen des Gesundheitsfonds umfasse 2,3 Milliarden Euro, sodass die Lücke der Krankenkassen nicht geschlossen sei. Er erkundigt sich, ob es Pläne gebe, die Parameter anzupassen.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, dass sich die Bundesregierung des Problems bewusst sei, es aber aufgrund der angespannten Haushaltslage keine kurzfristige Lösung dafür geben werde. Die Regierung habe angekündigt, dass sie zur Stabilisierung oder Deckung der vorhandenen Beitragslücke in der GKV und in der SPV-Beitragssteigerungen vermeiden wolle. Mitte des Monats äußere sich der Schätzerkreis, der anhand der Einnahmen- und Ausgabensituation der Krankenkassen den durchschnittlichen Zusatzbetrag für das nächste Jahr berechne. Nach jetzigem Stand betrage die finanzielle Lücke in der SPV 2 Milliarden Euro. In der GKV entspreche die Lücke ebenfalls etwa 2 Milliarden Euro. Man werde kurzfristig Vorschläge unterbreiten, um eine Beitragssteigerung in der SPV ab Januar zu vermeiden.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD) fragt, warum die Zuschüsse für die Beschaffung von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2 im Haushaltsentwurf von 427 auf 59 Millionen Euro zurückgegangen seien.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erläutert, dass das am Übergang der Impfung in die Regelversorgung liege, in der

weniger vorgehalten bzw. beschafft werde.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD) erkundigt sich nach der genauen Anzahl der Impfdosen, die im Jahr 2026 über dieses Budget zur Verfügung gestellt werden sollten.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erklärt, man werde diese Zahlen nachliefern.⁶

Abg. **Thomas Dietz** (AfD) fragt, um welche Infrastrukturmaßnahmen es sich handele, für die im Rahmen des Soforttransformationsfonds Krankenhäuser im Jahr 2026 2,5 Milliarden Euro vorgesehen seien.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erläutert, dass es sich um 4 Milliarden Euro Soforttransformationskosten mit 3,2 Prozent Rechnungszuschlag handele, die über die GKV-Abrechnungen ausbezahlt würden. Zusätzlich flössen über 10 Jahre jährlich 2,5 Milliarden Euro aus dem Sondervermögen in den Krankenhaustransformationsfonds. Diese Mittel würden zur Finanzierung von Veränderungen in der Krankenhauslandschaft wie beispielsweise Neubau verwendet.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD) erkundigt sich nach der Desinformationskampagne der letzten Wochen, bei der der Koalition unterstellt worden sei, man habe vor, den Pflegegrad 1 abzuschaffen und fragt, was die Ministerin Betroffenen entgegne, die durch diese Kampagne verunsichert seien.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, dass sie es lieber sähe, wenn die Arbeit der Kommissionen nicht bereits vor Abschluss in der Öffentlichkeit diskutiert würden. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe werde sich die Pflegegrade und die damit verbundenen Leistungen anschauen und Vorschläge erarbeiten. Man werde sich dann betrachten, ob das Ziel der

⁶ Anlage: Antwort lag zum Redaktionsschluss noch nicht vor.



Nur zur dienstlichen Verwendung

Prävention, was den Pflegegrad 1 ausmache, damit erreicht werden könne oder ob Veränderungen vorgenommen werden müssten. Ziel sei es, die Pflegegrade zu verbessern, und nicht sie abzuschaffen. Bestehende Bescheide seien gültig. Es werde niemandem über Nacht etwas weggenommen. In der kommenden Woche lägen die Ergebnisse vor, die man dann auch öffentlich diskutieren könne.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD) möchte wissen, wie die 15 Millionen Euro für Modellmaßnahmen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Long-Covid respektive ME/CFS eingesetzt werden sollten. Nicht nur die Forschung, sondern auch die Versorgung der Patientinnen und Patienten sei bei Long-Covid von hoher Bedeutung. Er erkundigt sich nach den Ansätzen, die das BMG im Haushalt 2026 vorgesehen habe, um die Verbesserung der Patientenversorgung zu erzielen.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, es gebe zwei Schwerpunkte: Versorgung und Erforschung im Hinblick auf Kinder und Jugendliche. Bei der Versorgung gehe es vor allem um niedrigschwellige Angebote vor Ort wie Beratungs- und Anlaufstellen oder auch zu prüfen, ob für andere Krankheiten zugelassene Medikamente auch für die Long-Covid-ME/CFS-Therapie zugelassen werden könnten. Es handele sich um ein Projekt, dass schon in der letzten Regierung angestoßen worden sei und nun fortgeführt werde. Hierzu stehe man in einem engen Austausch mit dem Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt, das für den Forschungsbereich deutlich mehr Mittel zur Verfügung habe. Weiterhin habe man über die Universität München in allen Bundesländern ein Netzwerk gegründet, über das beim Thema Versorgung vor Ort Unterstützung geleistet werde.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD) fragt, welche weiteren Institute und Einrichtungen an der Versorgungsforschung beteiligt seien oder noch beteiligt würden und ob man eine Aufstellung erhalten könne.

Heiko Rottmann-Großner (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) verweist auf die entsprechenden Ausschreibungen und die Bemühungen der

vergangenen Wahlperiode. Es gebe das erwähnte Netzwerk an der Universität München, das von Frau Prof. Behrends koordiniert werde. Es handele sich in der Regel um Ambulanzen, die an Universitätsklinika oder andere Maximalversorger angeschlossen seien. Er verweist auf die alte Förderrichtlinie und das Online-Angebot.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) erkundigt sich nach der Finanzierung eines durch die Bundesregierung angekündigten Suizidpräventionsgesetzes, das aus Sicht der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bisher nicht mit entsprechenden Mitteln im Haushalt hinterlegt sei. Es stelle sich die Frage, wie mit den geringen vorgesehenen Haushaltsmitteln die erfolgreichen Online-Beratungsangebote im Bereich der Suizidprävention sichergestellt werden könnten. Weiterhin könne man die Aussage der Ministerin nicht nachvollziehen, wonach es einen starken Anstieg der Mittel im Bereich der Suchtprävention gebe. In der vergangenen Legislaturperiode seien jedes Jahr 13 Millionen Euro für Suchtprävention veranschlagt worden, nun werde dieser Titel erstmalig abgesenkt. Sie erkundigte sich nach der Begründung für diese Absenkung und warum Suchtprävention als weniger notwendig angesehen werde.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) begründet die Absenkung mit Einsparvorgaben, zeigt sich aber bereit, Änderungen oder Umschichtungen vorzunehmen, wenn das Parlament mehr Mittel bewillige. Das Suizidpräventionsgesetz sei in Vorbereitung und man könne es voraussichtlich im Frühjahr 2026 in die Beratungen geben. Sie bietet an, Informationen nachzureichen, sobald die gemeinsame Finanzierung mit den Ländern geklärt sei.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) erkundigt sich nach der Höhe der Mittel, die im Haushalt 2026 für den Bundesklinikatlas und dessen fortlaufende Aktualisierung veranschlagt seien.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) gibt an, dass für den Bundesklinikatlas 350 000 Euro eingeplant seien. Es sei einerseits gut, dass es ein auf Transparenz ausgerichtetes



Nur zur dienstlichen Verwendung

Angebot für die Bürgerinnen und Bürger gebe, andererseits blieben die Klickzahlen hinter den Erwartungen zurück. Obwohl das Klinikverzeichnis der Deutschen Krankenhausgesellschaft andere Informationen bereitstelle, habe es deutlich mehr Klicks. Hier sehe man beim Bundesklinikatlas Verbesserungsbedarf. Wolle man den Bundesklinikatlas für die Bürgerinnen und Bürger perspektivisch attraktiver gestalten, würden deutlich mehr Mittel benötigt.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) erkundigt sich nach der Höhe.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) verweist auf unterschiedliche Wünsche und Vorstellungen, sodass sie sich nicht auf genaue Zahlen festlegen wolle.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke) fragt nach der kurzfristigen Beitragsstabilisierung. Die Ministerin habe erste Ergebnisse der Kommission für März 2026 angekündigt. Sie habe auch gesagt, dass, um erforderliche Zusatzbeiträge zu verhindern, im nächsten Jahr kurzfristige Maßnahmen ergriffen würden. Er erkundigt sich, ob der Schätzerkreis diese Maßnahmen in seine Berechnungen mit einbeziehen werde.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) bejaht das.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke) fragt nach Plänen, den Bundeszuschuss zu verändern, ihn beispielsweise zu dynamisieren.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, dass man über eine Anpassung des Bundeszuschusses nachdenken sollte, da dieser im Gegensatz zu vielen anderen Bereichen schon lang nicht mehr verändert worden sei. Das gehöre aber nicht zu den kurzfristigen Maßnahmen. Die Dynamisierung sei Gesprächsgegenstand der GKV-Kommission.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke) fragt nach den Kürzungen im Bereich des Drogen- und

Suchtmittelmissbrauchs und erkundigt sich nach konkreten Projekten und Institutionen, die von den Kürzungen betroffen seien. Er weise auf die Konsequenzen von 3 Millionen Euro bei Drogen- und Suchtmittelmissbrauch bzw. 4 Millionen bei den Aufklärungsmaßnahmen zu sexuell übertragbaren Krankheiten hin.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) gibt an, dass die Kürzungen auch im Zusammenhang mit der Cannabis-Legalisierung zu sehen seien. Es stünden immer noch 14 Millionen Euro zur Verfügung, das sei eine Kürzung um weniger als 10 Prozent.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke) fragt, ob für die Prozessniederlagen und Vergleiche bei den Maskengeschäften die Kosten eingeplant seien und ob es Rechnungen gebe, wie man auf eine bestimmte Summe komme.

BMin **Nina Warken** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erläutert, es seien 5,2 Millionen Euro aus Haushaltsresten des Vorjahres eingestellt. Die Prozesse seien noch nicht alle abgeschlossen. Zudem mühe man sich, in Abstimmung mit dem Bundesministerium der Finanzen, Vergleiche zu schließen. Am Vortag habe der Bundesgerichtshof in zwei Verfahren eine Revision zugelassen. Man könne keine sichere Aussage darüber treffen, welche Mittel und Kosten für diesen Bereich noch erforderlich seien. Die Haushaltsmittel seien aber vorhanden.

Heiko Rottmann-Großner (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) ergänzt, dass die Ministerin sich auf die laufenden Verfahren, also die Verwertung von Masken oder die Lagerhaltung bezogen habe. Hinsichtlich der Prozessrisiken und möglicherweise zu leistende Zahlungen verweise er auf die Ausgabenreste in Höhe von rund 1 Milliarde Euro. Dem gegenüber stehe ein Streitwert von ca. 2,3 Milliarden Euro. Realistischerweise könne man aber davon ausgehen, dass nicht alle Prozesse verloren würden.



Nur zur dienstlichen Verwendung

Tagesordnungspunkt 3

a) Bericht der Bundesregierung zur Einführungsphase bzw. Umsetzung der „ePA für alle“ durch die Krankenkassen für ihre Versicherten: Eine Bestandsaufnahme

Selbstbefassung S-21(14)18

Die **Vorsitzende** begrüßt die Sachverständigen.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, dass die ePA entgegen allen Unkenrufen gut funktioniere. Bei der Frage der sogenannten ePA-Readiness, also inwiefern Ärztinnen und Ärzte die ePA tatsächlich nutzen könnten, sei man mittlerweile bei einer Quote von nahezu 99 Prozent und bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten bei 96 Prozent. Mit 70 Millionen Patientenakten sei es eines der größten je angeschobenen Digitalisierungsprojekte. Er sei sich der Kritik bewusst und könne sie auch nachvollziehen, aber positiv sei, dass in der ePA die Daten, Fakten und Zahlen für die Versicherten digital nutzbar gebündelt habe und die relevanten Akteure in der ePA darauf zugreifen könnten. Man sei sich der Kritik bewusst, dass in der Vergangenheit die Funktionalität und Ausgestaltung der ePA nicht optimal gewesen sei. Aber es liege bei Digitalisierungsprojekten in der Natur der Sache, dass nicht alles sofort funktioniere, sondern dass man im weiteren Verfahren kontinuierlich Veränderungen und Verbesserungen herbeiführen müsse. Dazu gehöre, dass die ePA als Plattform sukzessive weiter ausgebaut werde, nicht nur in der Frage, welche Akteure in Zukunft in die ePA integriert würden, beispielsweise Ergotherapie, Logopädie oder der Pflegebereich, sondern auch in punkto Medikationsliste oder Zusammenführung von Arztberichten. Dadurch bekämen Ärztinnen und Ärzte viel bessere Nutzungsmöglichkeiten, Behandlungsoptionen und Best Practice-Optionen präsentiert. Man sei immer bereit, konstruktiv über Verbesserungen der ePA zu sprechen und man sei froh, dass politische Einigkeit darüber bestehe, dass man schneller und besser werden müsse. Sowohl das BMG als auch die gematik, die als Institution die Digitalisierung und damit die ePA-Einführung begleite, würden für das Thema brennen.

b) Fachgespräch anlässlich der verpflichtenden Nutzung der ePA für alle Leistungserbringer zum 1. Oktober 2025

Selbstbefassung S-21(14)19

Dr. Florian Hartke (gematik GmbH) führt aus, man habe im Januar die ePA für alle gestartet und über das Jahr hinweg gemeinsam mit allen Beteiligten wie Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apotheker und Krankenhäusern an Verbesserungen des Systems gearbeitet. Man teile die Einschätzung des BMG, dass mittlerweile sehr viele Menschen die ePA nutzten. Es gebe viel positives Feedback. Die Medikation und die Befunde seien sichtbar. Auch wenn man noch am Anfang stehe, werde das als Wert in der Versorgung empfunden. Unabhängig davon handele es sich um ein lernendes System. Es sei ein erster Schritt, um Werte in der Versorgung durch Digitalisierung zu schaffen. Was jetzt folgen müsse, sei eine kontinuierliche Verbesserung im Dialog mit allen Beteiligten. So habe man seit dem Start Anfang des Jahres eine deutliche Verbesserung der ePA erreicht und damit deutlich höhere Zustimmungswerte der Nutzenden und eine bessere Zufriedenheit zu verzeichnen. Man sehe es als gemeinsame Aufgabe, die ePA als ein elementares Werkzeug der deutschen Gesundheitsversorgung zu fördern und gemeinsam zu verbessern.

Dr. Markus Beier (Hausärztinnen und Hausärzterverband) führt aus, dass er ein paar kritische Punkte herausstellen werde, das aber nicht als generelle Kritik an dem Projekt zu verstehen sei. Es wolle damit verdeutlichen, dass es sich um ein nicht mehr wegzudenkendes Zukunftsprojekt des deutschen Gesundheitswesens handele, bei dem jetzt gemeinsam Mehrwehrt und Alltagstauglichkeit weiterentwickelt werden müssten. Nicht nur die technische Stabilität sei wichtig, sondern vor allem bei der Information der Patientinnen und Patienten müsse man weiterkommen. Viele Menschen wüssten noch nichts von der ePA, da sie das Schreiben der Krankenkasse zur Seite gelegt hätten, vielen sei der Zugriff auf die ePA nicht möglich gewesen und manche Versicherten hätten den Ärztinnen und Ärzten versehentlich den Zugang gesperrt. Vor allem die Sperrrate deute darauf hin, dass man die Menschen besser mitnehmen müsse, da es sich um eine patientengeführt ePA handele. Die Akzeptanz der ePA würde ebenfalls steigen, wenn die



Nur zur dienstlichen Verwendung

Plattform einheitlicher wäre. Auf der Seite der Mehrwehre würde man sich wünschen, dass der digitale Impfausweis schnell implementiert und die Suchfunktion verbessert würde und dass statt der Medikationsliste ein Medikationsplan abrufbar wäre. Die Akzeptanz der ePA basiere wesentlich auf den Mehrwerten. Insofern gebe es in Sachen technische Stabilität, Mehrwerte und einem einfachen Zugang noch Nachholbedarf.

Dr. Sybille Steiner (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)) führt aus, man habe die Einführung der ePA sehr intensiv begleitet, umfangreich informiert und Fortbildungen angeboten. Die KV Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe hätten freiwillig mit 120 Einrichtungen die Pilotphase der ePA bei der gematik unterstützt und man könne konstatieren, dass bereits in der freiwilligen Nutzungsphase der ePA von April bis Ende September drei Viertel der Arztpraxen die ePA aktiv genutzt hätten. Somit sei der ambulante Sektor einmal mehr Vorreiter der Digitalisierung im Gesundheitswesen und Wegbereiter für die digitale Transformation. Allerdings zeige die Erfahrung auch, dass die ePA im Praxisalltag nur dann funktioniere, wenn die TI als Datenautobahn stabil laufe. Das sei bislang nicht der Fall, was man am Starttag gesehen habe. Man wisse aber aus einer Befragung von 5 500 Ärztinnen und Psychotherapeuten, dass 75 Prozent der Praxen über technische Probleme im letzten Monat berichtet hätten und nicht auf die ePA hätten zugreifen oder Dokumente hätten hochladen können. Die ePA funktioniere im Praxisalltag dann gut, wenn auch die Praxisverwaltungssoftware-Systeme gut integriert seien und diese die ePA-Funktionen gut umgesetzt hätten. Man habe Rückmeldungen, dass gerade diese strukturierten Daten aus der elektronischen Medikationsliste und der Dokumentenabruf einen deutlichen Mehrwert darstelle. Die Schlussfolgerung daraus sei zum jetzigen Zeitpunkt, dass man eine stabile TI brauche. Die gematik müsse nicht nur die Verantwortung übernehmen, sondern auch echte Durchgriffsrechte gegenüber Dienstleistern und Herstellern erhalten, damit die Verlässlichkeit besser werde. Mit Sanktionen für die Arzt- und Psychotherapeutenpraxen schaffe man keine Akzeptanz für Digitalisierung. Wenn die Technik nicht funktioniere und die Hersteller nicht lieferten, dürfe das nicht zulasten der Anwender gehen. Etwa zehn Prozent der Praxen hätten noch kein ePA-Modul ausgeliefert bekommen, weil der

Hersteller dieses nicht zur Verfügung stelle. Hier brauche es Übergangsregelungen von zumindest zwölf Monaten für Praxen, die ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) wechseln müssten und auch längere Zeiträume für die Niedergelassenen, die ihre Praxis abgeben müssten, da sie es sich nicht leisten könnten. Man könne es sich nicht leisten, aus diesem Grund Praxen aus der Versorgung zu verlieren. Außerdem müssten andere Sektoren nachziehen. Die Praxen berichteten, dass sie noch Faxgeräte vorhalten müssten, da Kliniken und die Pflege nicht an die TI angebunden seien. Den größten Mehrwert sähen die Praxen aber im Austausch mit den Krankenhäusern und im elektronischen Entlassbrief.

Claudia Korf (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) führt aus, der Nutzen oder Mehrwert oder die Akzeptanz der ePA habe zwei Dimensionen. Nutzerfreundlichkeit sei die eine Dimension. Da es eine patientengeführte Akte sei, müsse man die Versicherten dazu bringen, die ePA aktiv zu nutzen. Momentan sei das niederschwellig nicht möglich. Das liege zum Teil daran, dass die digitalen Identitäten nicht so schnell eingeführt worden seien, wie ursprünglich geplant und der Weg über NFC-fähige Karten und PIN nicht nutzerfreundlich sei. Die zweite Dimension sei der Inhalt der Akte. Ein Mehrwert aus Patientensicht sei die Medikationsliste, das sei nett, aber noch nicht das Endprodukt. Das Endprodukt müsse eine kuratierte Liste sein, also ein digitaler Medikationsplan, der dann tatsächlich mehr Arzneimittel- und Therapiesicherheit bringe. Ein erkennbarer Nutzwert für den Bürger, die Bürgerin wäre es, einen digitalen Impfpass möglichst schnell in die Akte zu integrieren. So habe man auf Reisen auch immer den aktuellen Impfschutz nachweisbar dabei. Für die Leistungserbringer wie Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser habe die ePA ebenfalls einen Nutzen, müsse aber weiterentwickelt werden. Eine funktionsfähige Volltextsuche sei nötig. Die ePA sei momentan noch nicht stark mit Inhalt gefüllt, was sich aber ändere. In einem halben Jahr finde man nichts wieder. Das Ordnungssystem innerhalb der ePA müsse also verbessert werden. Man plädiere außerdem sehr stark dafür, dass man, gerade mit Blick auf pharmazeutische Dienstleistungen und die Möglichkeiten der assistierten Telemedizin, den Apotheken umfangreiche nicht nur Leserechte, sondern auch Schreibrechte gebe, damit die



Nur zur dienstlichen Verwendung

Informationen in die ePA eingepflegt werden könnten. Schlussendlich sei die Betriebsstabilität das A und O für die Akzeptanz. Man müsse bei zunehmender Komplexität Ende zu Ende und nicht nur sektoral denken.

Klaus Rupp (Techniker Krankenkasse (TK)) führt aus, man habe mit der ePA und dem Opt out-Verfahren die richtige Entscheidung getroffen. Die ePA sei jetzt in der Versorgung angekommen. Man habe bei über 12 Millionen Versicherten in diesem Jahr über 11 Millionen ePAs angelegt, womit sie eine breite Reichweite habe. Man sehe auf der Versicherte-Seite eine stetige Zunahme der Registrierungen und der Nutzung der ePA. Man habe über 800 000 aktive Teilnehmer an der ePA, sodass sich die Unkenrufe, die ePA komme nicht gut an, nicht bewahrheitet hätten. Von diesen 800 000 Versicherten, die momentan die ePA aktiv nutzten, nutzen rund 100 000 jede Woche die ePA, um Informationen abzurufen und Informationen einzustellen. Das zeige, dass die ePA als wichtige Anwendung zur Versorgung bei den Versicherten angekommen sei. Das habe damit zu tun, dass jetzt erstmals Daten von den Leistungserbringern eingestellt würden und die Medikationsliste zur Verfügung stehe. Es habe aber auch damit zu tun, dass man seinen Versicherten zusätzliche Services anbiete, sei es bei der Transparenz darüber, welche Leistungen in Anspruch genommen worden seien, sei es im Bereich der Vorsorge oder beim Impfen. Das betone, dass man diese Verbindung brauche und in der nächsten Stufe der ePA nutzbringende Anwendungen schaffen müsse. Die Gesundheits-ID habe eine hohe Anforderung und sei nicht so leicht zugänglich für die Versicherten. Man müsse entweder seinen elektronischen Personalausweis und die PIN benutzen, viele Versicherten hätten aber keine PIN für ihren Personalausweis. Hier werde ein einfacherer Zugang benötigt.

Thomas Moormann (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)) führt aus, die sukzessive Einführung der ePA in die gesundheitliche Versorgung sei sehr chancenreich. Sie gebe den Behandelnden einen guten Überblick über den Gesundheitszustand ihrer Patienten und ermögliche eine zielgenaue Diagnosestellung und Therapie, wenn sie gut gemacht und gut befüllt sei. Für die Patienten könne sie bezogen auf das komplexe Versorgungssystem und

auf die eigene Mitwirkung zum wertvollen Instrument der Orientierung werden. Die ePA sei ein Angebot, das die Versicherten nutzen könnten, aber nicht müssten. Es bleibe immer eine individuelle Entscheidung, was mit den eigenen Gesundheitsdaten passiere. Das Widerspruchsprinzip ersetze niemals das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Es verpflichte zur neutralen und vollständigen Information über die Chancen und die Risiken der ePA. Die Rechteverwaltung sei beispielsweise vor dem Hintergrund potenziell stigmatisierender Diagnosen noch nicht gut gelöst. Viele chronisch und mehrfach Erkrankte würden die ePA ohne Verbesserung nicht nutzen wollen, obwohl das für diese Gruppen besonders wertvoll sei. Die Risikohinweise nach § 25b SGB V sollten standardmäßig nur für Versicherte sichtbar sein, so wie es bei den Abrechnungsdaten inzwischen geplant sei. Die Befüllungspflicht sei wichtig gewesen, aber ein Game Changer werde erst die Sanktionsbewehrung im nächsten Jahr sein. Denn die Freiwilligkeit der ePA-Befüllung sei bereits für die ePA 1.0 eine der ganz großen Hürden gewesen. Patienten hätten kaum eine Arztpraxis gefunden, die bereit gewesen sei, mit der ePA zu arbeiten. Die Informationskampagne zur ePA sei bisher nicht gut gelaufen. Die initialen Informationsschreiben der Krankenkassen im Herbst, die Werbeflyer oder der QR-Code auf einem 40-seitigen Schreiben seien nicht zielgruppengerecht gewesen. So fühle sich über die Hälfte der Versicherten schlecht über die ePA informiert. Die niedrigen Widerspruchsquoten seien kein Beleg für die Akzeptanz oder das Vertrauen in die ePA. Viele Versicherte wüssten noch nicht Bescheid. Man halte von den Verbrauchern in den vergangenen Monaten viele Rückmeldungen zu bestehenden Hürden bei der Registrierung und Authentifizierung, zu fehlerhaften technischen Prozessen und einer mangelhaften Unterstützung durch die Kassen. Andere Verbraucher beklagten sich über den fehlenden Mehrwert der ePA, der ihrer Meinung nach in keinem Verhältnis zum Aufwand stehe. Dabei gebe es viele Informationen, die mit wenig Aufwand in die ePA gelegt werden könnten, beispielsweise Links zu evidenzbasierten Gesundheitsinformationen und zu Beratungsmöglichkeiten und weiteren Dingen mit großem alltagspraktischem Mehrwert. Deren Einführung sollte vorgezogen werden. Dazu zähle ein digitaler Impfpass mit Impferinnerung, ein Zahnbonusheft, Mutterpass, Kinder-U-Heft und vieles mehr. Die ePA habe großes



Nur zur dienstlichen Verwendung

Potenzial, die Qualität der Versorgung, die Gesundheitskompetenz und auch die Patientensouveränität zu stärken. Dafür könne und müsse sie aber noch besser gemacht werden.

Abg. **Dr. Thomas Pauls** (CDU/CSU) fragt nach einer Einschätzung bezüglich der zu erwartenden höheren Behandlungsqualität und Effizienz durch die ePA. Er beziehe sich auf die bereits erwähnte Durchsuchbarkeit von Befunden, aber auch auf die Anwenderfreundlichkeit beim Auslesen und Einspeisen von Daten. Er erkundigt sich nach dem aktuellen Stand und Verbesserungsvorschlägen.

Dr. Markus Beier (Hausärztinnen- und Hausärzteverband) erklärt, es handele sich um zwei Dinge. Einerseits müssten die Primärsysteme alle gleich gut werden. Derzeit sei die Unterschiedlichkeit noch zu hoch. Der zweite Punkt seien die Übersichtlichkeit und Durchsuchbarkeit. Derzeit stelle man selektiv ein, um Übersichtlichkeit zu gewährleisten, da es sich um eine PDF-Sammlung handele. Wenn das strukturierter und standardisierter aufbereitet werde, werde der Mehrwert viel mehr zum Tragen kommen.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU) fragt nach der Möglichkeit, bei Patientinnen und Patienten, die in der hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben seien, diesen Status auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu hinterlegen und zugleich den Hausärztinnen und Hausärzten einen dauerhaften Zugriff auf die ePA zu ermöglichen, um Versorgungskontinuität und -koordination sicherzustellen.

Dr. Markus Beier (Hausärztinnen- und Hausärzteverband) antwortet, dass das verpflichtende Merkmal auf der eGK für die ePA nicht wichtig sei, wohl aber für zukünftige digitale Steuerungssysteme, da sofort erkennbar sein müsse, ob es eine steuernde Primärpraxis gebe. Der zweite Punkt betreffe die eGK-Befüllung und die Lesbarkeit, die auf 90 Tage beschränkt sei. Es habe in der hausarztzentrierten Versorgung, wo sich die Menschen für ein Jahr fest an die Praxis gebunden hätten, keinen Sinn. Das heiße, man müsse mindestens dieses Jahr Einblicke geben können, weil man sonst wieder in Quartalen denke und die Menschen wieder einbestellen

müsse, um mit der ePA zu arbeiten, obwohl sie sich ja an einen Arzt gebunden hätten.

Abg. **Dr. Thomas Pauls** (CDU/CSU) erkundigt sich, ob es, abgesehen von einem digitalen Impfpass, aus Sicht der Verbraucher weitere Features gebe, mit denen man die ePA nutzenstiftender gestalten könnte, sodass die Patienten direkter merkten, eine Nutzung der ePA lohne sich.

Thomas Moormann (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)) führt aus, dass die Reaktionen der Verbraucher eher gemischt seien. Es gebe viele positive, aber auch kritische Aspekte. Ein Kritikpunkt seien fehlende Mehrwerte, vor allem, wenn man das ins Verhältnis zum Aufwand setze, den man betreiben müsse, um auf die ePA zugreifen zu können. Die Versicherten oder die Patienten bräuchten einen unmittelbar spürbaren Mehrwert und das sei nicht die Medikationsliste. Für chronisch mehrfach Erkrankte mit unterschiedlichen Medikationen, sei das wichtig, aber für andere sei das eher ein theoretischer Mehrwert. Ein großer Mehrwert sei der elektronische Impfpass mit einer Impferinnerung. Man wünsche sich, dass das auch in einen konkreten, verlässlichen Zeitplan priorisiert eingebaut werde. Die ePA solle auch als Plattform für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen genutzt werden. Es gebe viele Gesundheitsinformationen, die man nutzen könnte. Zum Beispiel fehle es bei individuellen Gesundheitsleistungen an Patientenaufklärung. Das seien gute Mehrwerte, die man verlinken könnte. Eine weitere Idee seien interaktive Elemente wie Impferinnerungen. Aber auch bei Arzneimittelinteraktionen sei ein Hinweis an die Patienten wünschenswert, damit sie sicherheitshalber mit dem Arzt oder Apotheker darüber sprechen könnten.

Abg. **Dr. Thomas Pauls** (CDU/CSU) führt aus, dass ein Ziel der ePA sei, Doppeluntersuchungen oder auch Doppelverschreibungen zu vermeiden. Er erkundigt sich, ob es bereits erste Erkenntnisse gebe, wie man diese Ziele erreichen könne.

Klaus Rupp (Techniker Krankenkassen (TK)) antworte, der Gedanke, dass der Versicherte nicht immer wieder neu befragt, neue Daten in der Anamnese angeben müsse, sei schon älter und man habe



Nur zur dienstlichen Verwendung

bereits Feldversuche gemacht. Das sei auf alle Fälle ein wichtiges Feature genauso wie die Impfempfehlungen. Die Anamnese könnte man in der ePA hinterlegen. Das bedinge, dass man die nächsten Stufen in der ePA angehe. Man habe den Start in der Masse geschafft und nun müsse man die nächsten Stufen angehen.

Abg. **Martin Sichert** (AfD) fragt nach einem digitalen Impfpass. Es sei bereits gesagt worden, dass die Bürger dann den Vorteil hätten, im Ausland schnell ihren Impfstatus nachweisen zu können. Er fragt, ob vorgesehen sei, dass ausländische Zollbehörden in Zukunft auch Zugriff auf die ePA erhielten.

Claudia Korf (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)) verneint. Man stelle sich eher eine Art Kurzakte vor, die aus der ePA gespeist wäre. Damit könnte der Impfstatus nachgewiesen werden.

Abg. **Martin Sichert** (AfD) fragt nach einer Einschätzung zum Datenschutz in diesem Falle.

Thomas Moormann (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)) antwortet, dass das datenschutzrechtlich problematisch sei und man über eine andere Lösung nachdenken müsse, wie man den Impfnachweis erbringen könne.

Abg. **Martin Sichert** (AfD) fragt nach der Patientenaufklärung hinsichtlich des Datenschutzes. Er erläutert beispielhaft, dass ein Zahnarzt über die ePA auch Zugriff auf die psychischen oder gynäkologischen Erkrankungen seines Patienten habe. Er fragt, ob die Patienten hinreichend darüber aufgeklärt würden, dass gegebenenfalls auch andere ärztliche Fachrichtungen auf alle Erkrankungen Zugriff hätten.

Thomas Moormann (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)) antwortet, dass viele Versicherte noch nichts von der ePA wüssten. Es sei ein Problem, wenn man seine persönlichen Gesundheitsinformationen nicht so flexibel steuern könne, wie man möchte. Es sollte nicht so sein, dass der Zahnarzt oder die Zahnarztassistentin über psychische

Erkrankungen Bescheid wisse. Man müsse weg vom Alles-oder-nichts-Prinzip. Es fehle auch in dieser Hinsicht an dem Mehrwert, dass einzelne Befunde oder Diagnosen nur gezielt für bestimmte Leistungserbringer sichtbar gemacht werden könnten. Gleiches gelte aus Sicht der Verbraucherinnen und Verbraucher auch für die Medikationsliste. Wenn bestimmte Arzneimittel Rückschlüsse auf besonders sensible und potenziell stigmatisierende Diagnosen zuließen, dann solle man das auch verbergen können.

Abg. **Martin Sichert** (AfD) fragt nach der Gefahr von nicht oder nur unzureichend durchgeführten Zweitdiagnosen. Wenn ein Facharzt bei einer Anfrage auf eine Zweitmeinung in der ePA bereits einen Befund vorfinde, bestehe unter Umständen die Gefahr, dass dieser einfach diesen Befund bestätige und keine eigene Diagnose stellen.

Dr. Markus Beier (Hausärztinnen- und Hausärzterverband) antwortet, dass Hausärzte für eine Zweitmeinung immer so viele Befunde wie möglich bräuchten und es insofern hilfreich sei, wenn weitere Befunde vorhanden seien. Er wolle aber zum Thema Informationen noch hinzufügen, dass auch Zahnärzte der ärztlichen Schweigepflicht unterlägen und es für zahnärztliche Behandlungen durchaus hilfreich sein könne, beispielsweise vorliegende Infektionskrankheiten des Patienten zu kennen. Wichtig sei, dass die informationelle Selbstbestimmung der Versicherten in der ePA gewahrt sei.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD) fragt nach Vorschlägen, wie man den Zugang zur ePA vereinfachen könne, damit die Nutzung vorangetrieben werden könne. Es sei ermutigend zu hören, dass immer mehr Versicherte die ePA nutzten, aber der Zugang werde als kompliziert oder aufwendig empfunden.

Klaus Rupp (Techniker Krankenkassen (TK)) antwortet, dass das eine evident wichtige Forderung sei. Bisher könne man sich nur mit eGK und PIN oder mit dem elektronischen Personalausweis und PIN registrieren, um die Gesundheits-ID zu bekommen. Der Vorschlag sei, das ePass-Verfahren auch für die Gesundheits-ID direkt nutzbar zu machen. Es gebe mittlerweile eine hohe Reichweite bei den



Nur zur dienstlichen Verwendung

Reisepässen, aber auch bei der nächsten Generation der elektronischen Personalausweise. Man benötige keine PIN mehr, weil dann über die Pässe die Informationen ausgelesen werden könnten und man sich dann direkt für die Gesundheits-ID registrieren könne.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD) fragt, was man tun könne, um Arztpraxen dabei zu unterstützen, von einem PVS auf eines zu wechseln, auf dem die ePA besser funktioniere.

Dr. Sybille Steiner (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)) antwortet, dass der PVS-Wechsel immer mit großem Aufwand für die Praxen verbunden sei. Es gebe viel Unsicherheit, weil man befürchte, durch den Wechsel unter Umständen vom Regen in die Traufe zu kommen. Die Hersteller müssten verpflichtet werden, interoperable Schnittstellen vorzuhalten, damit die Datenmigration funktioniere. Eine der größten Sorgen der Praxen sei, dass ihre Daten nicht vollständig und sicher transportiert würden. Analog zum Krankenhauszukunftsgesetz fordere man ein Praxiszukunftsgesetz, um den Praxen die Chance zu geben, in moderne IT zu investieren. Eine Anschubfinanzierung würde den Praxen helfen. Krankenhäuser würden bei der IT und der Cybersicherheit unterstützt.

Dr. Markus Beier (Hausärztinnen- und Hausärzterverband) ergänzt, man müsse fehlende Interoperabilität hart und schnell sanktionieren, damit das spürbar sei. Er habe zwei PVS-Software-Wechsel begleitet und die Kosten lägen zwischen 20 000 und 40 000 Euro.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD) fragt, welche nächsten Schritte bei der Weiterentwicklung der ePA und der TI nötig seien, um mehr erlebbare Mehrwerte zu generieren. Er möchte wissen, was noch getan werden müsse oder wo noch ein Rahmen gebraucht werde, damit auch die Daten in der ePA in pseudonymisierter Form besser und schneller für Forschung und Entwicklung genutzt werden könnten?

Dr. Florian Harge (gematik GmbH) antwortet, es sei zukünftig wichtig, sich um beispielsweise

Laborwerte oder Entlassbefunde zu kümmern, damit diese stärker strukturiert und damit besser für die Medizin nutzbar seien. Aus den Daten könnten dann praktische Erinnerungen und weitere Dienste für die Patientinnen oder Versicherten geschaffen werden, die in der ePA direkt genutzt werden könnten. Die Interoperabilität sei ein wichtiger Baustein, damit Daten innerhalb der Systeme, die sie generierten, gewonnen und genutzt werden könnten. Es sei wichtig, beim Betrieb sowie bei der Sicherheit und Weiterentwicklung der ePA zu schauen, wie das System insgesamt und die digitale Weiterentwicklung gestärkt werden könne.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) fragt, ab in der ePA auch Laborwerte oder Röntgenbilder für Patientinnen und Patienten verfügbar seien.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) antwortet, das sei voraussichtlich im Sommer 2027 der Fall. Jetzt gehe es darum, die entsprechenden Vorbereitungen zu treffen, damit das System stabil funktioniere.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) fragt, wann mit anderen Mehrwerten wie elektronischem Impfpass, Mutterpass oder Vorsorgeheft in der ePA zu rechnen sei.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) antwortet, man sei dabei, diese Dinge zu implementieren. Die Frage sei einerseits, wie man das technisch realisiere und andererseits, wie die Gespräche über die Regularien mit den jeweiligen Akteuren verliefen. Es werde über die genannten Beispiele hinaus in den nächsten Jahren einen sehr dynamischen, wenn nicht sogar disruptiven Prozess geben, durch den man sehen werde, welche Möglichkeiten sinnvollerweise in die ePA integriert werden könnten. Man könne den zeitlichen Ablauf nicht linear betrachten.

Sebastian Zillig (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erklärt, dass man ohne eine hinreichende Priorisierung nicht in die Versorgung komme. Bis alle Systeme funktionierten, dauere es eine Weile. Es gebe eine Roadmap, die mit allen



Nur zur dienstlichen Verwendung

Gesellschaften bei der gematik erarbeitet werde. Konkret beginne man jetzt, den Laborprozess zu digitalisieren, sodass der im nächsten Jahr eingeführt werden könne. Man prüfe immer, welche Pakete man um das Projekt herum schnüren könne, um auch weitere Möglichkeiten umzusetzen. Zielgröße für Labor sei 2027.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) fragt nach den Konnektoren, die einen enormen Aufwand darstellten und fehleranfällig und teuer seien.

Sebastian Zillig (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) antwortet, es gebe einen Beschluss der Gesellschaftsversammlung der gematik, dass Hardware-Konnektoren maximal bis zum Jahr 2030 genutzt werden dürften. Die Alternative, das sogenannte TI-Gateway, sei aber immer mehr im Einsatz. Der Migrationspfad sei beschritten.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) führt aus, dass man von der Hardwarekomponente auf eine elektronische Heilerbringer-ID umstellen wolle, die es ermögliche, auf die Hardware zu verzichten. Damit könne man eineindeutig, grade beim Anschluss größerer Gesundheitseinrichtungen, feststellen, wer wann, zu welcher Zeit, aus welchem Anlass auf einzelne Patientendaten zugegriffen habe. Dadurch werde ein zentrales Sicherheitsversprechen an die Versicherten eingelöst und die Akzeptanz erhöht.

Sebastian Zillig (Bundesministerium für Gesundheit ((BMG))) antwortet, das seien zwei voneinander unabhängige Themen. Das eine seien die Konnektoren, das andere die digitale Identität für Leistungserbringende. Letzteres sei für 2028 terminiert. Die eineindeutige Identifikation für die Zugriffe sei im Digitalgesetz zum Jahr 2030 festgelegt worden.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke) fragt, wo die Daten der ePA konkret gespeichert würden und wie sichergestellt werde, dass die Daten der Patientinnen und Patienten nicht zum Rohstoff von Big Data und Profiten werden. Viele hätten den Eindruck, dass von der ePA vor allem Kassen und Industrien

profitierten, weniger die Patientinnen und Patienten.

Dr. Florian Harge (gematik GmbH) antwortet, dass die Daten in Rechenzentren innerhalb Deutschlands lägen. Diese würden innerhalb einer technisch hochsicheren Infrastruktur betrieben. Die Infrastruktur sei extra so ausgelegt, dass diese Daten nicht genutzt werden könnten. Wie diese Daten verwendet werden dürften, sei gesetzlich klar definiert. Es gebe seines Erachtens keine Nutzung von Daten in dem von der Fragestellerin angedeuteten Sinne.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke) fragt, wo die größten Lücken im Konzept beim Schutz von Datenmissbrauch zu finden seien.

Thomas Moormann (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)) antwortet, die ePA sei seiner Einschätzung nach grundsätzlich sicher. Das sehe auch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit so. Es gebe aber keine hundertprozentige Sicherheit bei Kommunikationsverfahren. Digitale Daten müssten insbesondere vor einem massenhaften Zugriff sehr gut geschützt werden. Hierzu seien gute Vorkehrungen getroffen worden. Es habe in den letzten Monaten einige Hinweise gegeben, dass der Zugriff doch möglich gewesen sei. Auch das werde sich nie hundertprozentig ausschließen lassen. Es sei aber wichtig, wie kommunikativ damit umgegangen werde. Wenn die Verbraucherinnen und Verbraucher den Eindruck bekämen, solche Vorfälle würden vernachlässigt oder heruntergespielt, sei das ein Problem. Man müsse offen, ehrlich und transparent kommunizieren, damit die Menschen den Eindruck bekämen, dass solche Lücken sofort geschlossen würden. Diese digitalen Instrumente seien sehr wertvoll und würden gebraucht.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke) fragt, ob die Sanktionierung ausgesetzt werde, wenn die Ausstattung der Praxen oder anderer Leistungserbringenden wegen Lieferschwierigkeiten oder technischen Problemen nicht gewährleistet werden könne.



Nur zur dienstlichen Verwendung

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) antwortet, man habe das in der Vergangenheit flexibel gehandhabt, insofern sei das eine hypothetische Frage. Man gehe davon aus, dass alles funktionieren werde. Er könne die Diskussion, wie sie beispielsweise bei den Konnektoren stattgefunden habe, verstehen. Die Erkenntnis der letzten Jahre sei, dass es immer sinnvoller sei, mit den Akteuren zu arbeiten anstatt gegen sie.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke) fragt, was beispielsweise im Falle von nicht ausgelieferten ePA-Modulen passiere.

PStS **Tino Sorge** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) antwortet, er sei der falsche Adressat für die Frage, denn dies liege im Verantwortungsbe-
reich der Selbstverwaltung, also der KVen. Es sei für die Akzeptanz der ePA wichtig, wie man mit Problemen umgehe.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke) fragt nach einer Bewertung, dass viele Praxen die Software des Gründers und langjährigen Geschäftsführer der Compo Group Medical (CGM), Frank Gottschalk, nutzten. Dieser habe kürzlich als Eigentümer der extrem rechten Plattform Nius in der Kritik gestanden. Sie wüsste gern, ob es Überlegungen gebe, zu empfehlen, von der Nutzung von Softwarelösungen der CGM aufgrund der genannten Verbindungen abzusehen oder gegebenenfalls gar davon abzuraten.

Dr. Sybille Steiner (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)) antwortet, man sei eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und könne deshalb nicht in den Markt eingreifen und Empfehlungen für bestimmte Softwarehäuser geben oder nicht geben. Man empfehle, dass die KVen die Praxen besser unterstützen und beraten sollten, welche Softwaresysteme eingesetzt werden könnten. Man brauche insgesamt mehr Transparenz in diesem Markt im Hinblick auf Bewertung von guten Systemen und weniger guten Systemen.

Tagesordnungspunkt 10

Nachbericht zur Sitzung des Rates für Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz (EPSCO) (Formation Gesundheit) am 20. Juni 2025 in Luxemburg

Selbstbefassung S-21(14)12

verschoben

Tagesordnungspunkt 11

Nachbericht des Bundesministeriums für Gesundheit zum Informellen Treffen der EU-Gesundheitsministerinnen und EU-Gesundheitsminister am 15. und 16. September 2025 in Kopenhagen, Dänemark

Selbstbefassung S-21(14)24

verschoben

Schluss der Sitzung: 12:47 Uhr

Dr. Tanja Machalet, MdB
Vorsitzende