



Wortprotokoll der 49. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 22. Juni 2026, 14:15 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung (Paul-Löbe-
Haus, Saal 4 900) und Zoom-Meeting

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigster Tagesordnungspunkt

Seite 11

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

BT-Drucksache 21/6130

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung und Zukunftsfragen

Berichterstatter/in:

Abg. Simone Borchardt [CDU/CSU]

Abg. Kay-Uwe Ziegler [AfD]

Abg. Dr. Christos Pantazis [SPD]

Abg. Dr. Janosch Dahmen [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

Abg. Ates Gürpınar [Die Linke]



b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

– 21/6130 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 21/6559

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Haushaltsausschuss

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

Akute Not der gesetzlichen Krankenversicherung lindern – Vollständige Finanzierung der Beiträge für Bürgergeldempfänger durch den Bund gewährleisten

BT-Drucksache 21/2036

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Haushaltsausschuss

Berichterstatter/in:

Abg. Simone Borchardt [CDU/CSU]

Abg. Kay-Uwe Ziegler [AfD]

Abg. Dr. Christos Pantazis [SPD]

Abg. Ates Gürpınar [Die Linke]

Mitberichterstatter/in:

Abg. Dr. Janosch Dahmen [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

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

Ambulante ärztliche Versorgung zukunftssicher machen

BT-Drucksache 21/2716

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Forschung, Technologie, Raumfahrt und Technikfolgenabschätzung

Haushaltsausschuss

Berichterstatter/in:

Abg. Simone Borchardt [CDU/CSU]

Abg. Kay-Uwe Ziegler [AfD]

Abg. Dr. Christos Pantazis [SPD]

Abg. Dr. Janosch Dahmen [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

Abg. Ates Gürpınar [Die Linke]

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

Anpassung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Stärkung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen

BT-Drucksache 21/5332

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Berichterstatter/in:

Abg. Simone Borchardt [CDU/CSU]

Abg. Kay-Uwe Ziegler [AfD]

Abg. Dr. Christos Pantazis [SPD]

Abg. Dr. Janosch Dahmen [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

Abg. Ates Gürpınar [Die Linke]



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

Gesundheitssystem stärken statt Versicherte belasten – Echte Reformen für eine stabile gesetzliche Krankenversicherung

BT-Drucksache 21/5759

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss

Berichterstatter/in:

Abg. Simone Borchardt [CDU/CSU]
Abg. Kay-Uwe Ziegler [AfD]
Abg. Dr. Christos Pantazis [SPD]
Abg. Dr. Janosch Dahmen [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]
Abg. Ates Gürpınar [Die Linke]

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

Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe – Krankenkassenbeiträge jetzt senken

BT-Drucksache 21/5753

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss
Ausschuss für Wirtschaft und Energie
Haushaltsausschuss

Berichterstatter/in:

Abg. Simone Borchardt [CDU/CSU]
Abg. Kay-Uwe Ziegler [AfD]
Abg. Dr. Christos Pantazis [SPD]
Abg. Dr. Janosch Dahmen [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]
Abg. Ates Gürpınar [Die Linke]

- h) Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke

Krankenversicherte entlasten, nicht belasten

BT-Drucksache 21/5487

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Berichterstatter/in:

Abg. Simone Borchardt [CDU/CSU]
Abg. Kay-Uwe Ziegler [AfD]
Abg. Dr. Christos Pantazis [SPD]
Abg. Dr. Janosch Dahmen [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]
Abg. Ates Gürpınar [Die Linke]

**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 Aumer, Peter Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid
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 (Wetzlar), Dagmar Stadler, Svenja
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



Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung „GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“
am 22. Juni 2026, 14:15 Uhr, Paul-Löbe-Haus 4 900

Auf Vorschlag aller Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen:

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- ADAC Luftrettung
- Aktion Psychisch Kranke (APK) (online)
- Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG) (online)
- AOK-Bundesverband
- BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung (online)
- BKK Dachverband
- Bitkom (online)
- Bund Deutscher Cannabis-Patienten (BDCan) (online)
- Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) (Keine Rückmeldung)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP) (keine Rückmeldung)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) (online)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE) (online)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (online)
- Bundesrechnungshof (BRH)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) (online)
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) (online)
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) (online)



- Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)
- Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) (online)
- Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg (Keine Rückmeldung)
- Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK) (Absage)
- Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)
- Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) (online)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)
- Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) (online)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
- Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern (BZÄK) (online)
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) (online)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (Absage)
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) (Keine Rückmeldung)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) (online)
- Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA) (online)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (Keine Rückmeldung)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (online)
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) (online)
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (online)
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (online)
- Deutsche Stiftung für chronische Kranke (DScK) (online)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband (online)
- Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD) (online)
- Deutscher Caritasverband (online)



- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (online)
- Deutscher Hebammenverband (DHV) (online)
- Deutscher Landkreistag (DLT) (online)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband (online)
- Deutscher Pflegerat (DPR) (online)
- Deutscher Städtetag (Keine Rückmeldung)
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (online)
- Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung (online)
- Die Arzneimittel Importeure (online)
- DRF Stiftung Luftrettung
- eurocom – European Manufacturers Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) (online)
- Gematik (Keine Rückmeldung)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) (online)
- GKV-Spitzenverband (online und Präsenz)
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband
- IKK – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (online)
- Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK) (Keine Rückmeldung)
- Johanniter Unfallhilfe
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (online)
- Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKVD) (online)



- LOGO Deutschland – Selbstständige in der Logopädie (online)
- Malteser Hilfsdienst
- Medizinischer Dienst Bund (MD) (online)
- MEZIS – Mein Essen zahl‘ ich selbst (online)
- Netzwerk der Geburtshäuser (online)
- Pharma Deutschland (online)
- Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie (online)
- Pro Generika (online)
- Sozialverband Deutschland (SoVD) (online)
- Sozialverband VdK Deutschland (online)
- Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) (online)
- Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) (online)
- Spitzenverband digitale Gesundheitsversorgung (SVDGV) (online)
- VDB-Physiotherapieverband – Bundesverband
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)
- Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa) (online)
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)
- Verein Demokratischer Ärzt*innen (Keine Rückmeldung)
- Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) (online)
Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke



Auf Vorschlag einzelner Fraktionen eingeladen:

- Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke)¹ (online)
- Marc Nellen (Deutsches Rotes Kreuz (DRK))²
- Dr. Michael Vogt (Hartmannbund - Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands)²

¹ Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen

² Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung 14:15 Uhr

Einziger Tagesordnungspunkt

a) Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

BT-Drucksache 21/6130

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) – 21/6130 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 21/6559

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

Akute Not der gesetzlichen Krankenversicherung lindern – Vollständige Finanzierung der Beiträge für Bürgergeldempfänger durch den Bund gewährleisten

BT-Drucksache 21/2036

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

Ambulante ärztliche Versorgung zukunftssicher machen

BT-Drucksache 21/2716

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

Anpassung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Stärkung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen

BT-Drucksache 21/5332

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

Gesundheitssystem stärken statt Versicherte belasten – Echte Reformen für eine stabile gesetzliche Krankenversicherung

BT-Drucksache 21/5759

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

Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe – Krankenkassenbeiträge jetzt senken

BT-Drucksache 21/5753

h) Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke

Krankenversicherte entlasten, nicht belasten

BT-Drucksache 21/5487

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD):
Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, lieber Parlamentarischer Staatssekretär Sorge, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf Sie herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung hier im Gesundheitsausschuss bei vollem Haus begrüßen. Das habe ich seit meiner Ausschussvorsitzungsübernahme so in dem Umfang auch noch nicht gehabt. Das ist auch für mich etwas Besonderes, dass wir hier heute so breite Aufstellungen haben. Wir sind, wie immer, eine Mischung aus Präsenz- und Online-Meeting. Online zugeschaltet mit Stimmen- und Rederecht sind die Kolleginnen Janssen, Dr. Pichotta und Stange sowie die Kollegen Dr. Pauls, Gürpınar und Dietz. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen anzumelden, sodass ihre Teilnahme für uns erkennbar ist, und die Mikros auch vorerst stumm zu schalten. Leider ist es bei der heutigen Anhörung – ich habe es angedeutet – nicht möglich gewesen, dass tatsächlich alle eingeladenen Sachverständigen in Präsenz teilnehmen können. Dafür hätten wir, glaube ich, den Plenarsaal buchen müssen, was ausgeschlossen ist. Wir haben jetzt einen größeren Sitzungssaal. Der ist immer noch nicht groß genug, um alle unsere mehr als 90



Sachverständigen hier unterzubringen. Ich kann aber allen Onlineteilnehmer versichern, dass die Befragung nicht von einer Präsenzteilnahme abhängig ist und dass ihre Expertise unabhängig davon von den Fragestellern hier berücksichtigt wird. Meine Damen und Herren, in der heutigen Anhörung geht es – das haben wir in den letzten Wochen öffentlich viel diskutiert – um den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder kurz GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz auf Drucksache 21/6130 und die dazugehörige Unterrichtung der Bundesregierung mit der Stellungnahme des Bundesrats und der Gegenäußerung der Bundesregierung. Weiter sind Gegenstand der Anhörung vier Anträge der Fraktion der AfD. Das ist zum einen „Akute Not der gesetzlichen Krankenversicherung lindern - Vollständige Finanzierung der Beiträge für Bürgergeldempfänger durch den Bund gewährleisten“ auf der Drucksache 21/2036. Der zweite Antrag ist „Ambulante ärztliche Versorgung zukunftssicher machen“ auf Drucksache 21/2716. Der dritte Antrag „Anpassung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Stärkung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen“ auf Drucksache 21/5332 und der vierte Antrag „Das Gesundheitssystem stärken statt Versicherte belasten - Echte Reformen für eine stabile gesetzliche Krankenversicherung“ auf Drucksache 21/5759. Dazu kommt ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Entlastung statt Belastung für Beitragszahler und Betriebe - Krankenkassenbeiträge jetzt senken“ auf Drucksache 21/5753. Dann haben wir noch den Antrag der Fraktion Die Linke, „Krankenversicherte entlasten, nicht belasten“ auf Drucksache 21/5487.

Sehr geehrte Damen und Herren, mit dem Gesetzentwurf will die Bundesregierung die finanzielle Stabilität der GKV langfristig sichern und weitere Beitragserhöhungen verhindern. Hintergrund sind hohe Defizite und eine Ausgabenentwicklung, die schneller wächst als die Einnahmen. Kern des Gesetzentwurfs ist, diesen Ausgabenanstieg zu begrenzen. Vergütungs- und Preissteigerungen für Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, weitere Leistungserbringer sowie Arzneimittelhersteller sollen künftig stärker an die Einnahmenentwicklung der GKV gekoppelt werden. Gleichzeitig sollen ineffiziente Sondervergütungen und Fehlanreize abgebaut werden. Zusätzlich sollen die Einnahmen der GKV gestärkt werden. Dazu werden unter anderem die

Beiträge für geringfügig Beschäftigte erhöht sowie die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze angehoben. Die beitragsfreie Familienversicherung für Ehe- und Lebenspartner soll eingeschränkt werden, während die kostenfreie Mitversicherung von Kindern bestehen bleiben soll. Zuzahlungen werden erhöht und die Zuschüsse für Zahnersatz reduziert. Der Bund will die Stabilisierung der GKV durch finanzielle Maßnahmen unterstützen, indem er unter anderem die monatliche Beitragspauschale für Grundsicherungsbezieher erhöht. Er plant aber zugleich eine Reduzierung des Bundeszuschusses an die GKV. Auch die Oppositionsfractionen haben sich mit der Finanzsituation und den Strukturen der GKV befasst und in ihren Anträgen unterschiedliche Vorschläge zur Senkung der Kosten oder zur Hebung von Effizienzen vorgelegt. Über den Gesetzentwurf der Bundesregierung und die Anträge der Oppositionsfractionen wollen wir heute hier mit Ihnen, meine sehr verehrten Sachverständigen, diskutieren und dazu Ihre Meinungen hören. Bevor wir aber beginnen, will ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf dieser Anhörung machen. Wir haben heute 150 Minuten zur Verfügung, die entsprechend der Stärke der Fraktionen in Verbindung mit einer ausschussinternen Verabredung auf mehrere Frageblöcke der Fraktionen verteilt werden. Insgesamt entfallen auf die CDU/CSU 50 Minuten, auf die AfD 36 Minuten, auf die SPD 29 Minuten, auf BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 20 Minuten und auf Die Linke fünf Minuten Fragezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können viele Fragen gestellt und auch beantwortet werden. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, weise ich noch darauf hin, dass sie, sobald sie ihren Redebeitrag beginnen, für uns hier im Sitzungssaal auf einem Videowürfel zu sehen und zu hören sind, und ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen bzw. im Videostream übertragen. Bitte beachten Sie, dass Ihr Bild auch nach Ihrem Redebeitrag möglicherweise noch hier gesehen und im Internet bzw. im Parlamentsfernsehen übertragen werden kann. Ich bitte die Sachverständigen, entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in



Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Die meisten von Ihnen kennen das. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke allen Sachverständigen, die schriftliche Stellungnahmen eingereicht haben. Auch diese werden auf der Ausschussseite im Internet veröffentlicht. Dann noch ein paar Hinweise an die Gäste auf der Galerie: Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Jetzt können wir mit der Anhörung starten. Die erste Frage stellt die Fraktion der CDU/CSU für 20 Minuten.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an den Bundesrechnungshof (BRH). In einem kürzlich vorgelegten Gutachten haben Sie den vorliegenden Gesetzentwurf umfassend analysiert. Welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht besonders wirksam? Wo sehen Sie Nachbesserungsbedarf?

Die **Vorsitzende**: Herr Sievers vom BRH, bitte.

Oliver Sievers (Bundesrechnungshof (BRH)): Sie kennen die Zahlen von der OECD. 12,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts werden verausgabt für Gesundheitsausgaben. Ich glaube, es ist genügend Geld im Gesundheitssystem in Deutschland. Wir wissen aber, da sage ich Ihnen jetzt nichts Neues, da sind sich alle Sachverständigen, glaube ich, in dem Bereich einig, dass das deutsche Gesundheitssystem als relativ teuer gilt. Wenn Sie fragen, was bei uns zu teuer ist, dann sind das sicherlich zu viele Krankenhausbetten, zu viele Arztkontakte. Wir unterhalten Doppelstrukturen infolge einer zu strikten Sektorentrennung. Ich glaube, das, was wir brauchen, ist mehr Ambulantisierung, eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und eine bessere Koordination. Darum sind jetzt die strukturellen Reformen, die angedacht werden, also Stichwort Primärärzteversorgung oder Reform der Notfallversorgung, sicherlich in die richtige Richtungweisend. Die Reformen müssen dann aber auch umgesetzt werden. Was wir auch in jedem Fall brauchen, ist so etwas wie ein Gamechanger: Das ist eine wirksame Krankenhausreform.

Sie wissen, die Krankenhauskosten werden wahrscheinlich, wenn die endgültigen Rechnungsergebnisse vorliegen, im vergangenen Jahr 2025 ungefähr 110 Milliarden Euro betragen haben. Darum ist es wichtig, dass die Maßnahmen, die zuletzt auch mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KAHG) im Herbst beschlossen wurden, Wirkungen zeigen. Ich habe ein wenig Sorge, dass die Aufweichungen, die da stattgefunden haben, bei den Qualitätskriterien, aber auch bei den Erreichbarkeitsvorschriften so sinnvoll sind. Darum ist es wichtig, dass das evaluiert wird, um sicherzustellen, dass die Mittel aus dem Transformationsfonds, die 50 Milliarden Euro, zweckmäßig und entsprechend eingesetzt werden. In dem Zusammenhang muss ich noch einmal darauf hinweisen, das wird Sie jetzt nicht verwundern: Uns ist immer ein Dorn im Auge, dass die Länder zu wenig Investitionskosten beisteuern. Jedes Jahr fehlen drei bis vier Milliarden Euro im System. Das ist sehr ärgerlich. Darum bin ich mir auch nicht so sicher, ob das Signal, das mit dem Transformationsfonds im letzten Jahr noch einmal gesendet wurde, dass der Bund weitere vier Milliarden Euro übernimmt, dass die Länder entsprechend entlastet wurden, ob das so zielführend ist. Denn der Bund hat, das wissen Sie, bei Krankenhäusern in den vergangenen Jahren in sehr hohem Maße auch Mittel verausgabt. Denken Sie an die Krankenhausausgleichszahlung, an viele andere Leistungen zu Coronazeiten. Das sind mindestens 30 Milliarden Euro gewesen. Umso wichtiger, dass jetzt die Mittel im Transformationsfonds auch sinnvoll eingesetzt werden. Ein weiterer Aspekt ist die Digitalisierung. Ich glaube, da können wir in Deutschland noch ein bisschen nachbessern. Es ist gut, dass wir jetzt die elektronische Patientenakte allen anbieten können. Die muss dann aber auch mit entsprechenden Informationen ausgestattet sein, damit diese Informationen auch vernünftig eingesetzt werden können. Dass beispielsweise Doppeluntersuchungen oder Mehrfachdiagnosestellungen vermieden werden können. Der jetzt angedachte vollständige Medikationsplan ist sicherlich wichtig, um sicherzustellen, dass es zu keinen Nebenwirkungen bei den verordneten Medikamenten kommt. Was ich persönlich auch richtig finde, das haben wir auch geschrieben, sind jetzt die angedachten Gesundheitsabgaben - also die Zuckerabgabe oder die Erhöhung der Tabaksteuer. Da geht es uns weniger darum, dass mehr Geld ins System kommt, sondern dass einfach schädliche



Substanzen in der Gesundheitsversorgung vermieden werden.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine zweite Frage geht an den GKV-Spitzenverband und den Verband der Ersatzkassen (vdek). Wie bewerten Sie die Kürzung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen und den gleichzeitigen Einstieg in die Finanzierung der Gesundheitsversorgung von Grundsicherungsempfängern?

Die **Vorsitzende**: Zunächst Herr Blatt, bitte.

Oliver Blatt (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage, die ich als rhetorische Frage ansehe, in zweierlei Hinsicht. Wir haben zwei Effekte. Wir sehen einerseits, dass wir seit vielen Jahren bei dem Thema Grundsicherungsempfängern mit zwölf Milliarden im Moment belastet werden, als GKV für eine Fürsorgeleistung. Da waren wir ein bisschen erfreut, dass mit 250 Millionen Euro ein erster Schritt in die richtige Richtung getan wurde, das nämlich auszugleichen. Wenn man aber gleichzeitig, und das ist dann sozusagen der Hammer gewesen, auf der anderen Seite bei den versicherungsfremden Leistungen für familienpolitische Leistungen zwei Milliarden kürzt, dann ist das natürlich am Ende eine Rechnung, die wir so nicht mittragen können. Man muss dabei noch einmal bedenken, dass diese 14,5 Milliarden Euro für die familienpolitischen Leistungen seit 2017 eingefroren sind. Das ist heute ein Barwert von etwa neun Milliarden Euro. Hier kürzt man noch. Das heißt, in der Summe entziehen wir der GKV 1,8 Milliarden Euro. Das ist aus unserer Sicht nicht zielführend. Das lehnen wir ab.

Die **Vorsitzende**: Frau Elsner, bitte.

Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen (vdek)): Die Kürzung des sogenannten Bundeszuschusses halten wir für inakzeptabel. Das ist eigentlich auch ein Missverständnis, hier von der Begrifflichkeit „Bundeszuschuss“ zu sprechen, denn es suggeriert eher eine Subvention. Bei dem Betrag handelt es sich aber im Gegenteil um den Ausgleich für Familienleistungen - im Wesentlichen um Mutterchaftsgeld, Geld für Schwangerschaften,

Kinderbetreuung und so weiter. Dieser Ausgleich ist seit 2017 nicht erhöht worden. Er liegt konstant bei 14,5 Milliarden Euro. Währenddessen sind die allgemeinen Kosten für die Leistungen um 70 Prozent gestiegen. Das heißt, eigentlich hätte dieser Ausgleichsbetrag 14,5 Milliarden auch um 70 Prozent angehoben werden müssen. Das sind 8,7 Milliarden Euro. Wenn man sich jetzt die erwartbare Steigerung für das kommende Jahr anschaut, dann sind wir bei einer weiteren Milliarde Euro. Dann sind wir schon fast bei knapp zehn Milliarden Euro. Dazu kommt, was nicht ausgeglichen ist, das Geld für - Herr Blatt hat es gesagt - die Bürgergeldempfänger. Da liegen wir auch bei zehn bis zwölf Milliarden Euro. Das heißt, in Summe kommen wir tatsächlich auf eine Belastung für die beitragszahlenden Versicherten und auch die Arbeitgeber von circa 20 bis 22 Milliarden Euro. Dafür könnten die Beiträge um mehr als einen Prozentpunkt gesenkt werden. Das ist erheblich, was im Moment geschultert wird von den Versicherten und Arbeitgebern.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine nächste Frage geht an den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband). Wie beurteilen Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und welche Folgen hätten eine noch weitgehende Erhöhung?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Reuther, bitte.

Dr. Florian Reuther (Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)): Keine Interessenkonflikte. Der Gesetzentwurf verfolgt eine richtige Prämisse, nämlich einnahmeorientierte Ausgabenpolitik. In dem Punkt außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze, verlässt er aber diese Prämisse. Die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze – man muss das im Zusammenhang mit der Pflege und der regelmäßigen Anpassung sehen – führt zu einer massiven Mehrbelastung der Beitragszahler. Wenn man alles zusammennimmt, einschließlich der voraussichtlichen Regeldynamisierung, werden dadurch fast zehn Milliarden Euro mehr Belastung auf die Beitragsschale abgegeben. Das ist das Gegenteil von Entlastung von Lohnnebenkosten und das Gegenteil von



Wachstumsimpulsen. Bei dem Einzelnen kommt für Versicherte, die an dieser Einkommensgrenze verdienen, eine Mehrbelastung von über elf Prozent an. Besonders belastet werden industrielle Kerngegenden wie Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen, gerade die Regionen und Industrien, die wir brauchen. Auch dieser Entwurf zeigt, wer die Beitragsbemessungsgrenze anpasst, ruft automatisch eine Diskussion um die Versicherungspflichtgrenze auf den Plan. Auch hier geht der Entwurf in die Richtung, die Versicherungspflichtgrenze entsprechend anzuheben, was eine massive Einschränkung des Wettbewerbs zwischen GKV und privater Krankenversicherung (PKV) bedeutet. Die Begründung Ausschluss von Wechselrechten zeigt, dass es diesen Wettbewerb gibt. Jetzt schon sind nach den Berechnungen des I-GES Instituts etwa 880 000 Menschen von dieser Anhebung betroffen. Wenn man hier noch weitergehen würde, wäre das endgültig die Einführung einer Bürgerversicherung für Angestellte. Richtig wäre mehr Wettbewerb, mehr Wahlfreiheit. Hier darf es keine weitere Verschlechterung geben.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine nächste Frage geht an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Welche Bevölkerungsgruppen werden durch Änderungen bei der Beitragsbemessungsgrenze überproportional belastet? Wie würde sich dies auch in der Zusammenschau mit weiteren geplanten Gesetzen wie dem Pflegeneuordnungsgesetz auf diese Gruppen auswirken?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Wagenmann, bitte.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Besonders betroffen wären diejenigen Beschäftigten, die schon an der Beitragsbemessungsgrenze verdienen, sprich, das sind in der Regel die Facharbeiter aus Schlüsselindustrien, die gut Ausgebildeten, die Ingenieure, die Menschen mit Uni-Abschlüssen oder mit einem hohen Ausbildungsstand, sprich kurz der Mittelstand, und natürlich ihre Arbeitgeber, sprich auch dort der Mittelstand, der hier betroffen ist, eben insbesondere aus Schlüsselindustrien, Automotive, Chemie etc. Ich habe Beispiele mitgebracht, damit man sich ein Bild davon machen

kann. Hier zum Beispiel ein klassisches Unternehmen aus der Automobilindustrie: Da haben 83 Prozent der Beschäftigten ein Einkommen zwischen 64 000 und 120 000 Euro. Das heißt, 83 Prozent der Beschäftigten hier werden von der Anhebung betroffen. Oder ein klassisches Softwareunternehmen: 75 Prozent der Beschäftigten haben Einkommen zwischen 64 000 und 98 000 Euro. Das heißt, in dem Betrieb wären 75 Prozent betroffen. Das heißt, für die Arbeitgeber höhere Lohnzusatzkosten, weniger Attraktivität im Wettbewerb, für die Beschäftigten weniger Netto vom Brutto. Wenn man das zusammenschaut mit anderen Gesetzgebungsvorhaben, zum Beispiel dem Pflegeneuordnungsgesetz, wo ja auch noch einmal die Beitragsbemessungsgrenze angehoben wird, übrigens noch stärker als hier, nämlich auf die Versicherungspflichtgrenze, dann steigt diese Belastung noch weiter und das, obwohl der Abgabenkeil im OECD-Vergleich, wie die letzte Ausgabe von Taxing Wages zeigt, sowieso schon OECD-weit die zweithöchste nach Belgien ist. Das heißt, dieser Keil wird noch größer. Und von den 100 Euro, die hier erwirtschaftet werden, werden noch mehr als 47,90 Euro in Abgabensteuern und Abgaben landen. Und das schwächt den Wirtschaftsstandort Deutschland.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Welche Auswirkungen haben die im GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Einsparmaßnahmen auf die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser und die Umsetzung der Krankenhausreform?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Keine Interessenskollisionen. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist nicht nur angespannt, sondern ist quasi amtlich anerkannt extrem problematisch. Ich darf daran erinnern, dass im Koalitionsvertrag dieser Bundesregierung deshalb explizit ein sogenannter Inflationsausgleich vereinbart wurde, ein Rechnungsaufschlag, der befristet bis Ende Oktober dieses Jahres gezahlt wird, um die Lücke zwischen den gestiegenen Kosten der Krankenhäuser in den vergangenen Jahren und den nicht entsprechend gestiegenen



Landesbasisfallwerten und Psychiatrieentgelten auszugleichen. Wir hatten auch sehr umfangreich darüber diskutiert, als im vergangenen Jahr das sogenannte kleine Sparprogramm aufgelegt wurde, was die Krankenhäuser als einzigen Leistungsbereich getroffen hat, mit 1,8 Milliarden Euro in diesem Jahr. Auch da war die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser Thema. Man war sich einig zwischen Bund und Ländern, dass man hier nicht weiter und tiefer eingreifen kann. Jetzt kommen die Vorschläge zusätzlich auf das drauf, was die Ausgangslage war. Dazu gibt es mittlerweile auch eine Wirkungsanalyse, die von Seiten Professor Augurky, Institute for Health Care Business, gemacht wurde. Das sind die Autoren, die jedes Jahr den hochanerkannten Krankenhaus-Rating-Report vorlegen, der aus den Jahresabschlüssen der deutschen Krankenhäuser die Daten herausholt. Auch das sind amtlich anerkannte Daten und keine Befragungen in irgendeiner Weise. Hier kommen wir zu dem verheerenden Ergebnis, dass, wenn diese Kürzungen, die jetzt hier im Gesetzentwurf stehen, eins zu eins umgesetzt werden, wir dann im Jahr 2030 bereits eine branchenweite negative Umsatzrendite von minus sechs Prozent haben. Das heißt, Krankenhäuser müssen Geld mitbringen, um überhaupt die Dienstleistung Gesundheit produzieren zu können für die Krankenkassen, für die Patientinnen und Patienten. Eine Branche mit negativer Umsatzrendite, da werden mir alle Experten hier im Raum zustimmen, ist nicht überlebensfähig. Beispielsweise zeigen das auch die umfassenden Aussagen der großen Träger, wie die Kommunalen Spitzenverbände, die in der vorvergangenen Woche ihre Landkreistagung in Berlin hatten und dort darauf hingewiesen haben, dass sich ihr heutiger Defizit ausgleich an die Krankenhäuser von fünf auf zehn Milliarden erhöhen würde. Die Studie von Prof. Augurky geht aber noch weiter. Sie macht deutlich, dass im Jahr 2030 jedes zweite Krankenhaus eine hohe Insolvenzgefahr haben wird. Das heißt, jeder zweite Standort ist von Insolvenz, einer drohenden Insolvenz wirklich betroffen. Man geht davon aus, dass in den Krankenhäusern circa 140 000 Beschäftigte entlassen und zehn Prozent Kosten im Personalbereich reduziert werden müssten, um irgendwie wieder auf die Nulllinie zu kommen, um das auszugleichen. Das ist ein massives Problem für die Krankenhäuser und wird auch bestätigt beispielsweise durch die Sozialbank, die in hohem Maße die Kreditbank für die

Krankenhäuser ist. Dort wird darauf hingewiesen, dass es wahrscheinlich so sein wird, dass die Wirtschaftsprüfer nur noch in wenigen Fällen uneingeschränkte Fortführungsprognosen abgeben können. Die wiederum sind die Grundlage für die Kreditfähigkeit der Kliniken. Das heißt, es wird sehr schwer werden für die Krankenhäuser Zukunftskapital, aber auch Liquiditätskapital zu bekommen, um sich am Markt zu halten. Das bedeutet am Ende für die Geschäftsführungen, dass sie jetzt sehr zügig entscheiden müssen, Insolvenz anzumelden oder vielleicht noch das nächste Jahr irgendwie versuchen zu überstehen. Denn, das wissen Sie, Insolvenzverschleppung ist ein Straftatbestand, der für die Geschäftsführer dann auch im Raum steht. Die gesamten Einsparungen, Kürzungen, die auf uns lasten, werden nicht in irgendeiner Weise kompensiert durch Möglichkeiten für uns, Kosten zu senken, denn Sie wissen, bei uns sind nicht nur die Preise staatlich vorgegeben, wir können also nicht wie andere Unternehmen unsere Preise selbst festlegen, sondern wir haben auch ein hoch reklamiertes System, was uns den Aufwand sozusagen ins Stammbuch schreibt, also auch unsere Kosten sind sehr stark festgelegt durch kleinteilige Personalvorgaben und Ähnliches. Das ist die Ausgangslage für uns.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Für die verbleibenden Zeit würde ich gerne die Frage an den AOK-Bundesverband stellen. Es geht um die konsequente Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Letztendlich kann man nur so viel ausgeben, wie man auch einnimmt. Vielleicht würden Sie das noch mal kurz bewerten

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

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Ja, wir unterstützen ausdrücklich diesen Ansatz, und wir unterstützen auch ausdrücklich, dass man jetzt entsprechend die maßgeblichen Fehlentwicklungen aus der Vergangenheit korrigiert, weil wir ein veritables Ausgabenproblem haben. Das hat sich in den letzten Tagen noch einmal stärker gezeigt. Deswegen finden wir es richtig, dass der Ansatz und die verbundene Zielsetzung, die finanzielle Lage der GKV zu stabilisieren, absolut richtig sind. Wir halten es



aber für zwingend erforderlich, dass alle Ausgabenbereiche in diesen Ansatz einzubeziehen sind, dass niemand herausgenommen werden kann. Der bisherige Ansatz vernachlässigt noch die Bedeutung der Struktur und der Mengenkompone nte bei der Ausgabenentwicklung. Eine dauerhafte finanzierbare Versorgung ist ohne Betrachtung der Weiterentwicklung der Leistungsinhalte und der Strukturkomponente und der Leistungsmengen nicht gewährleistet. Angesichts und vor dem Hintergrund der zusätzlichen Finanzlücke werden zusätzliche weitere Maßnahmen unumgänglich sein. Wir schlagen daher eine Nullrunde für den vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich vor, um diese Ausgabendynamik unmittelbar zu bremsen. Auch andere Leistungsbereiche sind aufgefordert, entsprechend zusätzliche Maßnahmen zu ergreifen.

Die **Vorsitzende**: Jetzt ist die AfD an der Reihe. Es beginnt Kollege Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine erste Frage geht an den BRH. Hintergrund ist das Thema Staatsquote. Wenn wir jetzt darüber nachdenken, die Beitragsbemessungsgrenzen hochzunehmen: Haben Sie Analysen oder Berechnungen, wie das sich bei im Bereich der Arbeitnehmer, die direkt beim Staat beschäftigt sind, auswirkt? Das wäre ja dann doch irgendwie rechte Tasche, linke Tasche, wenn man das von Steuergeldern alles bezahlen muss.

Oliver Sievers (Bundesrechnungshof (BRH)): Zu dieser Frage haben wir keine Antwort. Es liegen keine entsprechenden Analysen vor.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann kommen wir jetzt mit dem Thema Beitragsbemessungsgrenze zum BDA. Das ist der obere Bereich und die Minijobs im unteren Bereich. Wie sehen Sie das unter diesem Aspekt? Was wird das in bestimmten Wirtschaftsbereichen machen? Das ist eine Anhebung der Gesamtkosten. Das heißt, das wird die Wirtschaftlichkeit einiger Branchen schwächen. Gerade im Bereich der Minijobs sind diese in bestimmten Branchen wie Gastronomie und Einzelhändler stark ausgeprägt. Was erwarten Sie? Wie wird sich das am Markt bemerkbar machen – also bei Preisen, Arbeitskräfte und so weiter?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Wagenmann, bitte.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Die Auswirkung einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze habe ich vorhin schon deutlich gemacht. Aus unserer Sicht erhöhen sich die Lohnzusatzkosten und das Netto, was vom Brutto bleibt, verringert sich bei den Beschäftigten. Bei den Minijobs ist es tatsächlich so, dass Minijobs gebraucht werden in der Wirtschaft zur Flexibilisierung. Sie haben einige Branchen dazu schon genannt für die Flexibilität – Einzelhandel und Gastronomie. Aber auch der Sonntagsverkauf von Brötchen, der Schülerverkehr gehören mit dazu, das Ausliefern von Zeitschriften und die Reinigungsbranche. Das sind oft Jobs, die nicht in sozialversicherungspflichtige Vollzeitjobs umgewandelt werden können, weil hier wenige Stunden in Randzeiten anfallen. Die Auswirkung am Ende des Tages durch eine sehr starke Erhöhung bei den Beiträgen bei den Minijobs wird sein, dass sich diese Tätigkeiten stark verteuern werden. Dann wird überlegt, ob diese Dienstleistung weiterhin noch angeboten werden kann. Oder im Reinigungsgewerbe, wo schon sehr langfristig Verträge vereinbart sind, tatsächlich dann auch die Wirtschaftlichkeit der Unternehmen in dem Bereich infrage steht und möglicherweise sogar Insolvenzen anstehen. Soweit man tatsächlich bei den Minijobs sagt, wir wollen die Beschäftigung von Frauen erhöhen, ist die Frage, ob das der richtige Weg ist oder ob man dann andere Wege geht, wie zum Beispiel Betreuung zu erhöhen und Hinzuverdienste attraktiver zu machen, zum Beispiel indem man auch die Lohnsteuerklassenverteilung 3-5 abschafft. Das wären dann Maßnahmen, die zu einer höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen führen. Die Abschaffung oder Erschwerung oder Verteuerung von Minijobs ist aus unserer Sicht der falsche Weg.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ich muss nachfragen. Wie wahrscheinlich halten Sie es, dass diese Minijobs durch Vollzeitstellen ersetzt werden? Oder fällt das dann Ihrer Ansicht nach vielleicht komplett weg?

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Aus



unserer Sicht ist der Ersatz durch Vollzeit oder vollzeitznahe oder überhaupt sozialversicherungs-pflichtige Jobs sehr schwer, eben weil es oft wenige Stunden sind, die in den Rändern angeboten werden und oder die Beschäftigten diese Minijobs wollen. Diese werden oft gerade von den Beschäftigten nachgefragt. Wenn diese Minijobs dann hier verschwinden, dann steigt möglicherweise die Schwarzarbeit. Dazu gibt es Studien.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine nächsten Fragen gehen an den AOK-Bundesverband und an den BKK Dachverband. Wie schätzen Sie konkret die Robustheit dieses Gesetzes gegenüber einem ungünstigen Wirtschaftsverlauf und Ausgabenentwicklung ein? Welche strukturellen Absicherungsmechanismen wären, Ihrer Meinung nach, dringend notwendig?

Die **Vorsitzende**: Zunächst Frau Dr. Reimann und dann Frau Klemm, bitte.

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Wir unterstützen ausdrücklich, wie ich schon gesagt habe, diese einnahmeorientierte Ausgabenpolitik. Das ist für uns der zentrale Punkt. Wir haben ein Ausgabenproblem und weniger ein Einnahmeproblem. Deswegen sollten sich alle Maßnahmen auch vor allen Dingen auf die Ausgabenseite beziehen. Da raten wir an, die Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit (FKG) noch mal intensiv zu studieren und sich diese Ausgabenseite noch mal intensiver anzuschauen. Das ist für uns der zentrale Punkt.

Anne-Kathrin Klemm (BKK Dachverband): Kein Interessenskonflikt. Wir sehen im Moment, dass die Einnahmesituation noch recht gut ist für die GKV, obwohl die Ausgaben weiterhin dynamisch deutlich über dem liegen, was an Einnahmen in die GKV reinfließt. Das heißt, wenn die wirtschaftliche Situation sich aufgrund von geopolitischen Fragen oder aufgrund anderer wirtschaftlicher Entwicklung weiter reduziert, dann wird das natürlich auch die Einnahmehasis der GKV betreffen. Insofern halte ich es auch für dringend nötig, und insofern unterstütze ich auch gerade das, was Frau Dr. Reimann gesagt hat. Wir brauchen die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik. Wir brauchen einen

Deckel auf diese Ausgabendynamik. Und ja: Die FKG hat deutlich weitgehendere Vorschläge noch gemacht. Auch da plädiere ich dafür, dass man da noch mal dringend draufschaut, um weitere Ausgabendefizite, die sich bereits jetzt schon abzeichnen, entsprechend zu füllen.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine nächste Frage geht an die DKG. Welchen konkreten personellen und administrativen Mehraufwand verursacht das verschärfte Prüfquotensystem für die Krankenhäuser? Wie bewerten Sie den Widerspruch, dass das Gesetz einerseits Bürokratieentlastung als Ziel nennt, andererseits aber das ohnehin schon als streitanfällig bekannte Abrechnungsprüfsystem weiter ausbaut, anstatt grundlegende Vereinfachungen vorzunehmen?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Das Prüfquotensystem ist erst vor einigen Jahren, sozusagen, in die Situation versetzt worden, in der es sich heute befindet. Hier hatte die Selbstverwaltung intensive Abstimmungsarbeiten geleistet. Es ist sehr intensiv evaluiert worden, was in der Vergangenheit nicht gut gelaufen ist. Dann hat man sich auf dieses Prüfquotensystem, was heute existiert, geeinigt. Dieses Prüfquotensystem von heute belohnt diejenigen, die besonders niedrige Auffälligkeiten bei den Prüfungen haben und setzt damit bei diesen Standorten die Prüfquoten auch niedrig an, was, nach unserer Auffassung, auch absolut gerechtfertigt ist und reduziert damit auch bei denen, die entsprechend wenig auffällig gewesen sind in der Vergangenheit, dann auch den entsprechenden Aufwand. Wenn jetzt dieses Prüfquotensystem verändert wird, und zwar in einer Art und Weise, dass die Prüfquoten insgesamt deutlich erhöht werden, hat das zunächst einmal keinen unmittelbaren fachlichen Anlass. Es wird zwar immer wieder behauptet, jede zweite Krankenhausrechnung sei fehlerhaft. Da muss man allerdings sagen, da geht es um die Rechnungen, die ja schon als auffällig vorher selektiert wurden von den Krankenkassen und dort bei genauerer Prüfung sich dann entsprechendes festgestellt hat. Auch das ist ein wichtiger Hinweis in diesem Zusammenhang: Es geht nicht darum, dass irgendwelche Dinge



abgerechnet werden in der Regel, die es gar nicht gegeben hat, Therapien, die nicht stattgefunden hätten oder ganz andere Diagnosen. Es sind in aller Regel und bei den allermeisten strittigen Fällen geht es um sogenannte Verweildauerprüfungen. Da geht es darum, dass Patienten teilweise zu lange im Krankenhaus bleiben, weil sie nicht unmittelbar in den komplementären Sektor der Pflege übergeben werden können oder weil medizinische Gründe dafürsprechen. Oder es geht tatsächlich darum, dass Patientinnen und Patienten nach Auffassung des Medizinischen Dienstes Bund (MD) nicht früh genug entlassen werden - Stichwort untere Grenzverweildauer. Auch hier eine medizinisch vielfach strittige Frage. Wenn jetzt diese Prüfquoten erhöht werden, werden viel, viel mehr Rechnungen angefasst. Es wird dort sehr kleinteilig überprüft, weil es eben auch sehr, sehr viele Vorschriften gibt, die zu beachten sind und die im Zweifelsfall dann kritisch betrachtet werden können. Und das führt zu einem Dialog und zu einem Mehraufwand auf beiden Seiten, MD und den Krankenhäusern, wie wir ihn vor vielen Jahren hatten und wie wir ihn quasi überwunden haben. Deshalb haben wir uns deutlich dagegen ausgesprochen. Wir sprechen uns dafür aus, die Sachverhalte, die wirklich prüfungsrelevant sind, stärker zu identifizieren und insofern kleinteilige Vorgaben fallen zu lassen und stattdessen sich auf die wirklich relevanten Themen zu konzentrieren und dort dann gegebenenfalls tatsächlich stärker in die Prüfungen einzusteigen.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine nächste Frage geht an die KBV. Wie bewerten Sie die Summe der neuen Dokumentations-, Aufklärungs- und Nachweispflichten rund um das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren für die Vertragsärzteschaft im Praxisalltag und welche Risiken entstehen für Patientinnen und Patienten, wenn durch bürokratische Verzögerungen etwa bei der Nachweisführung oder der 15-Tage-Frist medizinisch dringliche Eingriffe nicht zeitgerecht durchgeführt werden können?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Gassen, bitte.

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Keine Interessenskonflikte. Das Zweitmeinungsverfahren, sich jetzt da über Fristen auszulassen, ist insofern schwierig, weil das

Verfahren erst einmal implementiert werden muss. So wie ich das Verfahren verstehe und wohl auch das Ansinnen der beabsichtigten Regelung gemeint ist, sind hier akute und kurzfristige notwendige Eingriffe nicht betroffen. Insofern kann da meines Erachtens Patientengefährdung nicht entstehen. Der Dokumentationsaufwand, da sprechen Sie etwas an, ist je nachdem, wie das Verfahren aufgesetzt ist, durchaus erheblich. Das muss man dann im Zweifel schauen, ob das so leistbar ist. Das muss man dann auch mit entsprechenden Vergütungsregeln hinterlegen. Insofern kann ich heute dazu wenig sagen, weil das Verfahren noch nicht wirklich etabliert ist.

Abg. **Alexis L. Giersch** (AfD): Meine Frage geht an die DKG. Wir hatten mal rund 3 000 Krankenhäuser in Deutschland. Die Zahl ist mittlerweile auf unter 2 000 gesunken. Vor rund sechs Jahren sagte Bundesgesundheitsminister Spahn und dann vor drei Jahren Bundesgesundheitsminister Lauterbach fast mit identischen Worten, dass zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung die Zahl der Krankenhäuser auf unter 1 000 reduziert werden müsse. Jetzt erscheint mir die heute vorliegende Reform eine elegante Methode, um dieses Ziel möglicherweise zu erreichen. Wie bewerten Sie, die Chance, dass dieses formulierte Ziel der beiden Gesundheitsminister durch diese Reform auch erreicht werden kann?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Ich will vorausschicken, dass die DKG bei der jetzt seit über drei Jahren dauernden Diskussion um die Krankenhausreform, die ja, so kann man sagen, zuletzt durch das KHAG dann doch final beschlossen wurde, nie die Position vertreten hat, dass jedes Krankenhaus erhalten bleiben muss, dass die Krankenhausstandorte sozusagen unangestastet bleiben sollten, sondern wir haben uns dafür ausgesprochen, in einem planvollen Veränderungsprozess, der orientiert sein muss am Bedarf der Patientenversorgung in den Regionen und natürlich auch an der Qualität der Versorgung, die Bundesländer mit ihrer Kompetenz der Krankenhausplanung, die sie gesetzlich zugeschrieben bekommen haben, gestalten müssen. Wir sind, und da sind wir



nicht die einzigen, die das so sehen, davon ausgegangen, dass dieser Veränderungsprozess etwa zehn Jahre braucht, um dann im Ergebnis zu einer neuen Struktur der Krankenhauslandschaft zu kommen, die nach unserer Einschätzung mehr als 1 000 Standorte umfassen muss, um tatsächlich dann in den Regionen vollumfänglich die Versorgung sicherstellen zu können. Wenn jetzt dieses Gesetz so eins zu eins umgesetzt wird und keinerlei unterstützende Maßnahmen von anderer Seite, ob aus den Ländern oder woher auch immer, kommen, dann wird sich allerdings, das ist unsere Sorge, dieser planvolle Veränderungsprozess so über diese kommenden zehn Jahre nicht vorhalten lassen. Wir werden erleben - und das ist nicht nur eine Sorge, sondern das werden dann die wirtschaftlichen Daten bestätigen - dass Krankenhäuser, die eigentlich erhalten werden sollen, in die Situation kommen, tatsächlich aufgeben zu müssen, und dass es dann an einzelnen Stellen auch nicht möglich sein wird, sogenannte sektorübergreifende Versorgungszentren zu eröffnen. Deshalb plädieren wir sehr stark dafür, bei dieser Umsetzung dieses GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes im Auge zu behalten, dass die Krankenhäuser die Branche und der Bereich sind, denen eine große Strukturveränderung bereits bevorsteht. Da sind alle politischen Entscheidungen getroffen worden. Die Geduld zu haben, diesen Transformationsprozess tatsächlich auch ohne einen kalten Strukturwandel laufen zu lassen, das halten wir für wichtig. Insofern haben wir die Bitte an die Regierungsfractionen, hier noch mal korrigierend einzugreifen.

Die **Vorsitzende**: Dann wäre jetzt die SPD an der Reihe. Es beginnt der Kollege Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband sowie an den Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB). In der GKV gibt es eine anhaltende, sehr starke Ausgabendynamik. Die Steigerungsraten in den einzelnen Leistungsbereichen liegen dauerhaft über den Einnahmesteigerungen. Könnten Sie uns bitte darstellen, wie es in den letzten Jahren gelungen ist, diese Ausgabensteigerungen zu finanzieren und wer die Lasten dabei vor allen Dingen getragen hat. Was sind Ihre Folgerungen daraus?

Die **Vorsitzende**: Herr Blatt und Herr Hofmann.

Oliver Blatt (GKV-Spitzenverband): Sie haben es richtig festgestellt. Wir haben das Problem, dass wir in den vergangenen Jahren schon lange ein Auseinanderlaufen der Einnahmen und der Ausgaben haben. Krankenkassen haben nur ein Mittel, um diese Lücke zu schließen, damit sie im Grunde weiterhin finanziell arbeiten können. Das geht über Erhöhungen der Zusatzbeiträge. Wir können also insofern feststellen, dass allein von 2024 auf 2025 die zusätzliche Beitragslast für Arbeitgeber und Versicherte bei 22 Milliarden Euro lag und dann noch einmal jetzt im Jahr 2026 mit den Anhebungen, die noch einmal stattgefunden haben, noch einmal bei 27 Milliarden Euro. Ich fasse also noch einmal zusammen: Das heißt, in den letzten Jahren haben Arbeitgeber und Versicherte 50 Milliarden Euro aufgebracht, um das Auseinanderlaufen von Einnahmen und Ausgaben zu finanzieren. Unsere Schlussfolgerungen daraus sind folgende: Erstens sollten wir dieses Sparpaket, was dringend notwendig ist, auf keinen Fall weiter zulasten von den Beitragszahlenden ausweiten. Die haben genug beigetragen. Wir sollten uns aber bei der Frage, auf welche Schultern wir die Last verteilen, einzelne Bereiche, insbesondere die Pharmaindustrie, noch einmal anschauen. Aber es wurde schon erwähnt, auch der Bund ist in die Pflicht zu nehmen, sich bei den versicherungsfreien Leistungen und bei dem Thema Bürgergeld keinen schlanken Fuß zu machen, damit wir ein ausgewogenes Paket haben. Also finanziert haben das die Arbeitgeber und die Versicherten in den letzten Jahren mit 50 Milliarden Euro.

Markus Hofmann (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Kein Interessenskoalition. Kollege Blatt hat das, denke ich, schon hinreichend dargestellt. Die Steigerung der Ausgaben wurden im Wesentlichen durch die Beitragszahlenden und Arbeitgebenden geschultert und allein über die Beitragszahlenden über die höheren Zusatzbeiträge. Die Summe hat Herr Blatt eben zutreffend genannt. Die Schlussfolgerung ist: Wenn wir strukturelle Änderungen in den Blick nehmen, dann dürfen Sie nicht weiter zulasten der Beitragszahlenden gehen - die haben schon ihren Teil im hohen Maße dazu getan. Wir müssen eben über die Dinge reden wie die Aufhebung der Sektorengrenze. Wir müssen auch



insbesondere das große Thema Bundesmittel im System noch mal anschauen. Ohne dass der Bund seiner Verantwortung nachkommt, landet alles wieder auf den Schultern der Versicherten und Arbeitgebenden und das ist auf Dauer so nicht hinnehmbar.

Abg. Dr. Christos Pantazis (SPD): Dann richtet sich meine nächste Frage an den GKV-Spitzenverband. Kann aus Ihrer Sicht mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz das Ziel einer Stabilisierung der Zusatzbeiträge ab dem Jahr 2027 erreicht werden? Welche Risiken sehen Sie im Hinblick auf die Zielerreichung?

Die **Vorsitzende:** Herr Blatt, bitte.

Oliver Blatt (GKV-Spitzenverband): Wir sehen im Grunde zwei große Risiken für die Zielerreichung. Also Zielerreichung sollte sein, dass wir stabile Zusatzbeiträge haben. Das eine große Risiko, was wir sehen, das wurde heute, glaube ich, auch vom BMG veröffentlicht, ist, dass die ungebrochene Ausgabendynamik dazu führt, dass die Ausgaben doch noch mal etwas angezogen haben im Vergleich zu dem, was der Schätzerkreis letztes Jahr genannt hat, also jetzt bei rund 8,1 Prozent. Diese Dynamik ist leider weiterhin ungebrochen. Auch wir haben noch mal gerechnet und kommen zu dem Ergebnis, dass wir im Grunde im Jahr 2027 rund 2 bis 3 Milliarden Euro mehr brauchen, um die Finanzlücke zu schließen. Die Schätzungen des BMG im Gesetzentwurf gehen von 15,6 Milliarden Euro aus. Wir sehen aber auch noch ein Risiko, das haben wir mal nachgerechnet, auf der Seite der Minderwirkungen. Da muss man sagen, wenn wir nachrechnen, dann sind an einigen Stellen auch diese Wirkungen durchaus sehr optimistisch angesetzt, im stationären Bereich, aber auch bei der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik - auch noch mal ein gewisses Risiko, dass die bisher geschätzten Volumen eher zu hoch als zu niedrig waren. Das heißt, das zusammengekommen führt jetzt zu dem Risiko, dass wir am Ende ein Beitragsstabilisierungsgesetz verabschieden und die Zusatzbeiträge zum 1. Januar 2027 dann doch noch einmal steigen müssten. Das sind für uns die wesentlichen Risiken, die wir, Stand heute, sehen.

Abg. Dr. Christos Pantazis (SPD): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Caritasverband. Der Gesetzentwurf sieht vor, die in den letzten 20 Jahren nicht erfolgten Zuzahlungserhöhungen nachzuholen und für die Zukunft eine Dynamisierung einzuführen. Bitte erläutern Sie uns, welche Auswirkungen die höheren Zuzahlungen und die geplante Dynamisierung insbesondere auf sozial benachteiligte Menschen sowie Menschen im niedrigen Lohnsektor haben werden. Sehen Sie die Menschen ausreichend vor Belastungen geschützt? Wenn nein: Welcher Handlungsbedarf besteht?

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

Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband): Keine Interessenkonflikte. Die FKG hat die Erhöhung der Zuzahlungen zwar vorgeschlagen, aber als Maßnahme mit potenziellen negativen Folgen für die Versorgung eingestuft. Und so sieht das auch der Deutsche Caritasverband. Während Menschen mit gutem Einkommen erhöhte Zuzahlungen auch gut schultern können, sind sie für Geringverdiener und für sozial benachteiligte Menschen ein echtes Problem, denn sie sind ohnehin schon durch hohe Miet- und Energiekosten überproportional belastet. Und wenn dann in einem Monat ein Krankenhausaufenthalt mit Folgeverordnungen wie häusliche Krankenpflege und Zuzahlungen für Medikamente hinzukommt, dann geraten sie schon mal in Probleme. Das ganze Problem wird dann noch potenziert, indem diese Zuzahlungen künftig auch noch jährlich dynamisiert werden sollen. Dieses Problem, auch der jährlichen Dynamisierung, tritt noch mal verschärft bei den Sozialhilfe- und Grundsicherungsempfängern auf. Denn die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, die die Grundlage für die Regelbedarfsbemessung ist, wird nur alle vier Jahre berechnet, das nächste Mal 2028 und erst ein Jahr später greift die Regelbedarfsermittlung. Das heißt, die Probleme kommen noch mal zeitverzögert bei Menschen, die ohnehin mit Sozialhilfe und Grundsicherung ein besonders niedriges Einkommen haben, an. Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, sehen wir auf jeden Fall die Notwendigkeit, dass Menschen gut informiert sind über ihre individuelle Belastungsgrenze. Die Belastungsgrenze bleibt gleich – wir sehen hier drei Möglichkeiten. Die Krankenkassen sollten die Versicherten, mit der Erhöhung oder mit der



Feststellung des Zusatzbeitrags für das kommende Jahr, auch über ihre voraussichtliche individuelle Belastungsgrenze informieren. Versicherte sollten grundsätzlich Anspruch haben, wenn sie das Gefühl haben, sie haben die Belastungsgrenze erreicht, dass sie eine entsprechende Auskunft bei der Krankenkasse unverzüglich anfordern können. Die E-Krankenkassen-App, die von vielen schon genutzt wird, sollte um eine Funktionalität erweitert werden, die bereits geleistete Zuzahlungen abbildet.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine nächste Frage richtet sich an den Hausärzteverband. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass im Bereich der hausärztlichen Versorgung ein Fixkostendegressionsabschlag eingefügt wird. Wie bewerten Sie diese Regelung und was sind Ihre Vorschläge dazu?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Blumenthal-Beier, bitte.

Dr. Markus Blumenthal-Beier (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Keine Interessenskonflikte. Der Koalitionsvertrag sieht zu Recht ein Primärversorgungssystem in der Regelversorgung der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) vor als ein wichtiges Strukturmerkmal. Diese Verbindlichkeit und die Leistungsfähigkeit entsteht durch Kontakt, durch Koordination, durch Continuity of Care. Das ist vor allem ein personalintensives Versorgungsmodell. Wir erleben das schon erfolgreich mit 11 Millionen Patienten in der HZV. Wenn jetzt das ausgeweitet werden soll – so der Wunsch der Koalition – und dann mit einer Fixkostendegression belegt wird, dann wird beim Personal gespart werden müssen. Wir hatten über 26 Prozent Personalkostensteigerung in den letzten drei Jahren. Das heißt, Fixkostendegression stoppt den Ausbau eines Primärversorgungssystems. Termine werden zurückgehen. Es wird als Versorgungsbremse wirken.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine nächste Frage richtet sich an den vdek. Sie haben gerade eine Analyse der psychotherapeutischen Versorgung veröffentlicht, in der Sie zu dem Ergebnis kommen, dass die Wartezeiten für Patientinnen und Patienten, die schwer psychisch krank sind oder sich in einer akuten Krise befinden, zu lang sind. Welche Schlüsse ziehen Sie aus dieser

Analyse? Was sind Ihre konkreten Vorschläge?

Die **Vorsitzende**: Frau Elsner, bitte.

Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen (vdek)): Wir ziehen aus der Analyse, dass wir die Versorgung zielgenauer auf die einzelne Patientenklientel ausrichten müssen, weil schwer betroffene Menschen schlechter einen Zugang bekommen. Da sprechen wir uns dafür aus, dass die Terminservicestellen eben auch hier stärker in die Vermittlung mit reinkommen, dass dort Termine stärker gemeldet werden. Das wäre der erste Punkt. Der zweite Punkt ist, dass wir dafür plädieren, dass stärker auch Gruppentherapie angeboten wird und dafür auch die Terminservicestelle genutzt wird.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine nächste Frage richtet sich an die DKG. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass mit dem Kurzzeitfallpauschalen ein weiteres Instrument zur Unterstützung der Ambulantisierung eingeführt wird. Können Sie uns bitte erläutern, in welchen Verhältnissen die Kurzzeitfallpauschalen zu den Hybrid-DRGs [[diagnosebezogene Fallpauschalen](#)] stehen und ob es aus Ihrer Sicht einen Anpassungsbedarf gibt?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): In der Tat, die Kurzzeitfallpauschalen sind ein Aspekt dieses Gesetzentwurfes, den wir inhaltlich durchaus begrüßen, wo wir also eine wirklich sinnvolle Verbindung erkennen zwischen dem Ziel, Aufwände zu reduzieren, Kosten einzusparen und damit natürlich auch einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV zu leisten und gleichzeitig aber Versorgung effizienter zu gestalten. Es gab erste Schritte, die in die Richtung gegangen sind, auch inhaltlich mit der Zielsetzung, bisher vollstationäre Krankenhausbehandlungen, die in der Nähe ambulanter Versorgung eingeordnet werden können, als sogenannte Hybridleistungen zu definieren, die dann sowohl im Krankenhaus ambulant, kurzstationär oder eben auch vom niedergelassenen Bereich erbracht werden können. Die Kurzfallpauschalen gehen darüber hinaus. Sie haben die Zielsetzung bis zu drei Belegungstage zu erfassen. Das heißt, da



ist schon ein großes Spektrum der bisher vollstationären Versorgung im Krankenhaus betroffen und Kurzfallpauschalen sollen sich aus unserer Sicht richtigerweise auf den Krankenhausbereich fokussieren, sollen also den Krankenhäusern die Möglichkeit einräumen, dieses Leistungsspektrum, was dann zu definieren wäre, so kurz wie medizinisch und für die Patienten sinnvoll möglich zu erbringen, bis hin zu einer tagesstationären Behandlung, dass Patientinnen und Patienten sogar am Aufnahmetag wieder entlassen werden können. Damit ergibt sich an dieser Stelle eine Nähe zu den bisherigen Hybridleistungen. Deshalb plädieren wir sehr dafür, bei Einführung der Kurzfallpauschalen durch das Gesetz, sich noch mal anzuschauen, was dort im Hybridbereich geregelt ist. Wir sind der Auffassung, dass ein ganz großer Anteil der bisherigen Hybridfälle dort zu integrieren wäre und damit ein Stück weit auch Ordnung und Klarheit geschaffen wird zwischen vollstationären Langliegern, den Kurzliegern und dann stärker dem Bereich, der sich im niedergelassenen Bereich ambulant abspielt. Das sind klassischerweise ambulante Operationsfälle. Wir appellieren dafür, Hybrid- und Kurzlieger weitgehend dann zusammenzufassen zu dem Kurzliegerbereich.

Abg. Dr. Christos Pantazis (SPD): Eine Frage an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA): Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für bestimmte Operationen ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren eingeführt wird. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag? Welche Hinweise haben Sie gegeben?

Die **Vorsitzende:** Herr Prof. Hecken, bitte.

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren wird von uns grundsätzlich begrüßt. Es stärkt die informierte Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten. Auf der einen Seite reduziert, möglicherweise auf der anderen Seite auch angebotsinduzierte Mengenausweitungen, die wir auch alle kennen. Aber eine Schwachstelle sehen wir in der derzeit bestehenden Infrastruktur und im Tempo. Ein Zweitmeinungsverfahren kann nur funktionieren, wenn wir eine hinreichende Anzahl von Zweitmeinern haben. Auch wenn es keine zeitkritischen Eingriffe sind, sodass die von Herrn Gassen

eben gegebene Antwort, dass es keine Patientengefährdung im klassischen Sinne gibt oder lebensbedrohliche Situationen, kann es doch unzumutbar sein, wenn man ewig auf ein Zweitmeinungsverfahren wartet, um dann eben zulasten der GKV eben auch hier eine Intervention zu bekommen. Denn die Folge wäre paradox. Ein Instrument, das die Patientinnen und Patienten schützen soll, würde zu medizinisch nicht vertretbaren Verzögerungen führen mit unbeabsichtigten Kollateralschäden für alle Beteiligten. Die Lösung liegt aber nicht im Ob, sondern im Wie. Wir müssen das Gesetz noch so ein bisschen verfeinern, um dann eben auch angemessen mit Blick auf die Zahl der Verfügung stehenden Zweitmeinern uns dem G-BA die Möglichkeit zu geben, dann peu à peu dieses Verfahren einzuführen. Das würde heute insbesondere für Verfahren gelten, bei denen wir sehr starke regionale Variationen und Nachfrage der Inanspruchnahmen haben. Ich denke hier an chronischen Rückenschmerz, Schultergelenkoperationen oder Hysterektomien. Da haben wir eine Vielzahl von Zweitmeinern. Da haben wir starke regionale Unterschiede. Das spricht alles dafür, dass hier nicht patientenorientiert indiziert operiert wird. Damit sollte man beginnen, dann langsam nachsteuern.

Die **Vorsitzende:** Vielen Dank. Dann wäre jetzt BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in der Reihe. Herr Dr. Dahmen, bitte.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne Professor Karagiannidis fragen. Wenn man diese Tage hier im politischen Berlin zu diesem Gesetz mit Menschen redet, dann ist eine Analyse, die man häufiger hört, folgende: Deutschland braucht mutige Reformen. Jetzt liegt ein Gesetzentwurf vor, gegen den es viel Protest gibt. Wenn es viel Protest gibt, dann muss es sich offensichtlich um eine wirksame Reform handeln. Da es Protest aus allen möglichen Richtungen gibt, muss es wohl auch ein ausgewogenes Gesetz sein. Deswegen frage ich: Ist eine mutige, weitreichende Strukturreform, die hier heute zur Anhörung vorliegt? Ist es eine ausgewogene Reform? Warum braucht es einen Reformprozess?

Die **Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Karagiannidis, bitte.



Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Ganz grundsätzlich sind wir uns alle einig, dass wir zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik kommen müssen. Insofern ist dieses Gesetz erst mal sinnvoll. Von einer echten Reform zu sprechen, finde ich etwas zu weit gegriffen. In erster Linie ist es ein Spargesetz. Wir haben bis auf das Zweitmeinungsverfahren, das wir eben schon erörtert hatten, eigentlich nur noch die Steuer auf zuckerhaltige Getränke, die eine echte Reform darstellen. Der Rest zieht erst mal darauf ab, dass man überall möglichst Ausgabensteigerungen dämpft. Damit haben wir null komma null Strukturreform, die wir insgesamt dringend brauchen. Das, was die FKG vorgelegt hatte, war insgesamt ein ausgewogenes Konzept. Das war eine gleichmäßige Belastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Der Staat wurde mitberücksichtigt und die Leistungserbringer. Das, was jetzt am Ende davon übriggeblieben ist, halte ich für wenig ausgewogen. Insbesondere, weil der Staat ganz offensichtlich nicht die versicherungsfremden Leistungen übernehmen möchte, zu denen er eigentlich verpflichtet wäre.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage weiter. Wir haben vorhin in den Ausführungen der DKG schon gehört, dass der Krankenhaus Rating Report und entsprechende Berechnungen von Professor Augurzky ausweislich für dieses Gesetz die Folge für die Krankenhäuser als insgesamt verheerend beurteilen, mit bis zu 140 000 Stellen, die in den kommenden Jahren durch dieses Gesetz verlorengehen könnten. Erklären Sie noch mal: Warum ist dieses spezifische Gesetz mit solchen negativen Folgen für die Krankenhauslandschaft behaftet?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Ich glaube, an der Stelle muss man noch mal weiter ins Detail gehen. Zu dem, was Herr Gaß eben schon gesagt hat, muss man, glaube ich, noch mal ausführen, dass wir damit rechnen, dass die Krankenhäuser ab dem nächsten Jahr ungefähr 3 Prozent Mindererlöse haben werden. Das Gesetz ist auch so aufgebaut, dass sich dieser Effekt zunehmend aufbauen wird. Das heißt, das Jahr 2027 wird nicht gut werden für die Krankenhäuser, aber die Jahre 2028, 2029, 2030 werden noch mal deutlich schlechter werden. Wir haben gerade in

den Zeilen vom BMG von letzter Woche gesehen, dass wir weiterhin eine deutliche Ausgabensteigerung haben in allen Bereichen, die über der Grundlohnratesteigerung liegen und insbesondere natürlich auch im Krankenhausbereich. Wenn ich das Ganze jetzt dämpfe, bei fortlaufenden Kosten, die wir natürlich haben, bei der enormen Bürokratielast, die wir im Moment haben und der weiterhin fehlenden Digitalisierung, insbesondere sektorenübergreifend, haben wir das große Problem, dass viele Krankenhäuser in die roten Zahlen rutschen werden und bis zu 50 Prozent dann wirklich insolvenzgefährdet sein werden, wenn wir nicht in irgendeiner Form gegensteuern.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich fahre fort. Wir haben über einen Bereich bisher in der Anhörung noch gar nicht gesprochen. Das betrifft den Bereich des Rettungsdienstes. Der Rettungsdienst ist, wenn man den Gesetzestext sich anschaut, nicht in der Gesamtausgabe gedeckelt, so wie das im Bereich der Arzneimittel oder auch der Krankenhäuser oder der ambulanten Versorgung der Fall ist, sondern auf Ebene der Einzelleistung, des einzelnen Entgelts oder der einzelnen Gebühr. Warum ist das gefährlich? Welche Auswirkungen könnte das Gesetz für den Rettungsdienst haben und was wären Alternativen?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Der Rettungsdienst ist der zweite Bereich neben dem Krankenhaus, der uns vor größte Probleme stellen wird ab dem nächsten Jahr. Wir haben jetzt schon die Situation, dass viele Kommunen darüber diskutieren, wer übernimmt zum Teil Fahrtkosten von Fehlfahrten. Wir hatten viel Diskussion, was auch viele Emotionen in der Bevölkerung hervorruft, dass es eine Zuzahlung geben soll von den Versicherten. Wenn ich jetzt auf Einzelfallebene nicht die Steigerung habe, die ich eigentlich bräuchte, um kostendeckend zu erarbeiten im Rettungsdienst, dann muss der Rettungsdienst die Kosten entweder weitergeben oder er muss sein Leistungsangebot reduzieren. Wenn ich die Kosten weitergebe, komme ich in die gleiche Falle, in die ich jetzt schon geraten bin. Auf der anderen Seite kann es auch sein, dass der Rettungsdienst die Kosten an die Kommunen weitergibt. Wir haben heute wieder gehört, dass die Kommunen unglaubliche Finanzierungsschwierigkeiten



haben. Wenn wir damit rechnen, dass insbesondere die kommunalen und die freigemeinnützigen Krankenhäuser in eine erhebliche Schieflage geraten werden, dann haben die Kommunen die Kosten vom Rettungsdienst plus die Kosten der Krankenhäuser, die sie in den nächsten Jahren in irgendeiner Form auffangen müssen. Das heißt, es wäre deutlich sachgerechter, nicht auf Einzelfallebene, sondern global über Länderbudgets zu arbeiten und dann zu gucken, was kann ich tun. Wir brauchen große Reformen auch im Rettungsdienst- Stichwort Zusammenlegung von Leitstellen. Da ist sicherlich viel liegengeblieben in den letzten Jahren, aber wir müssen da hinkommen, dass wir das auf einer budgetären Ebene, auf Ebene der Länder oder zur Not der Kommunen machen.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage weiter. Wenn es so ist, dass wir aus Löchern der GKV nicht Löcher im Portemonnaie der Versicherten, der Arbeitgeber oder der Kommunen machen wollen, dann werden wir in einzelnen Bereichen, die nicht entsprechend der Empfehlung der FKG umgesetzt wurden, im Gesetz nachsteuern müssen. Da ist, wie gesagt, der Staat, das ist angesprochen worden, beim Ausgleich versicherungsfremder Leistungen, der eine Teil. Der andere Teil, der aber völlig unterrepräsentiert ist in den Maßnahmen, ist offensichtlich der Bereich der Pharmaindustrie. Wie schätzen Sie die Umsetzung der Maßnahmen hier ein? Warum wäre es so töricht und gefährlich, bei der Pharmaindustrie weniger stark nachzusteuern und das einzig und allein auf andere Versorgungsbereiche umzulagern?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Ich glaube, man muss ganz grundsätzlich für die Akzeptanz in der Bevölkerung für so ein Spargesetz sagen, dass es wichtig ist, dass alle Teilbereiche ihren Beitrag leisten. Nur dann werden wir die Akzeptanz bekommen, die wir in den nächsten Jahren brauchen. Das bedeutet, dass die Pharmabranche, die wirklich viel geleistet hat, die auch wichtig ist für Deutschland, die enorme Therapiefortschritte in den letzten Jahren ermöglicht hat, auch ihren Beitrag leistet. Wenn man noch mal die Ausgewogenheit dieses Sparpaketes anguckt, dann sieht man, dass die Pharmaindustrie deutlich weniger belastet wird als zum Beispiel die Krankenhäuser oder der Rettungsdienst. Deswegen

wäre es sachgerecht, hier an der Stelle zu sagen, bei allen wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die wir haben, ist es trotzdem wichtig, dass die Pharmaindustrie ihren Beitrag leistet. Wir als Ärzteschaft und insbesondere der G-BA müssen, glaube ich, auch noch mal an diesem Punkt arbeiten, dass wir wirklich zur evidenzbasierten Therapie kommen und auch nur noch das finanzieren, insbesondere aufseiten der pharmakologischen Therapie, was auch wirklich eine harte Evidenz hat. Daran müssen wir enorm arbeiten.

Die Vorsitzende: Vielen Dank. Damit kämen wir zur Fraktion Die Linke. Herr Gürpinar, bitte.

Abg. Ates Gürpinar (Die Linke): Meine erste Frage richtet sich an den Sozialverband Deutschland. Sie sagen im Gegensatz zur Ministerin und zur Regierung, dass dieser Gesetzentwurf die Lasten einseitig verteilt. Wer zahlt Ihrer Meinung nach mehr und wer profitiert im Endeffekt von diesem Gesetz?

Die Vorsitzende: Herr Müller-Zetzsche, bitte.

Fabian Müller-Zetzsche (Sozialverband Deutschland (SoVD)): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Sie haben recht. Wir müssen festhalten, dass kranke Menschen und Versicherte, das haben verschiedene andere Experten heute auch schon gesagt, in den vergangenen Jahren erheblich zur Schließung finanzieller Lücken bereits beigetragen haben. Denken wir an den eingeschränkten Leistungskatalog, aus dem immer wieder auch Leistungen rausgestrichen wurden. Denken wir an die Kassenindividuellen Zusatzbeiträge, die in den letzten Jahren rasant gestiegen sind. Denken wir an die Eigenanteile. Man kann also feststellen, dass diese Menschen, kranke Menschen, chronisch kranke Menschen, Versicherte, schon erheblich beigetragen haben und weiter beitragen. Sie sind jetzt weiter unter Druck durch weiter steigende Zuzahlungen und durch Teilkrankschreibungen und vieles weiteres. Das finden wir grundsätzlich falsch, wenn wir gleichzeitig sehen, dass in dem System dort, wo gespart werden könnte, ohne Leistungen zu kürzen, nämlich zum Beispiel bei verschiedenen Leistungserbringergruppen, bei der Pharma, wo zum Teil Gelder nach wirtschaftlichen Erlösaussichten abfließen und nicht immer im Sinne der



Patientenversorgung, zu wenig reguliert eingegriffen wird. Insbesondere möchten wir anmerken, dass der Bund sich seiner Finanzierungsverantwortung weitgehend entzieht. Nun könnte man zum Schluss kommen, das ist doch gut. Der Bund, das sind die Steuerzahler. Das stimmt aber nur zum Teil, wenn man sieht, dass die gesetzlich versicherten Steuerzahler, wie von mir eben ausgeführt, schon erheblich belastet werden. Richtig geschont werden insbesondere die privat versicherten Steuerzahler. Wir finden insgesamt, dass der Belastungskompass bei diesem Gesetz noch nicht ausreichend passt.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Meine nächste Frage richtet sich an den Sozialverband VdK Deutschland zur Erhöhung der Beitragsmessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze. Da wird in der Diskussion oft von anderer Seite, nicht von uns, dargestellt, dass das eine Belastung vor allem der Versicherten und der Arbeitgeber sei. Was sagen Sie denn dazu?

Die **Vorsitzende**: Frau Rothe, bitte.

Julie Rothe (Sozialverband VdK Deutschland): Keine Interessenskonflikte. Wir begrüßen tatsächlich die Anhebung der Beitragsmessungsgrenze, weil wir der Meinung sind, dass ähnlich wie in der Rentenversicherung auch die Menschen, die höhere Einkommen erzielen, eben stärker mit den stärkeren Schultern beteiligt werden sollen an der Gesundheitsversorgung. Deshalb begrüßen wir das ausdrücklich, dass hier die Beitragsmessungsgrenze mit der Pflichtversicherungsgrenze angehoben wird, in aller Kürze.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Meine nächste Frage richtet sich an ver.di. Wir, Die Linke, haben einen Antrag vorgelegt, der auch zur Diskussion heute steht. Mit dem Antrag „Krankenversicherte entlasten, nicht belasten“ sollen Leistungskürzungen und Mehrbelastungen im Rahmen des Gesetzesentwurfes ausgeschlossen werden. Ebenfalls - anschließend an meine vorherige Frage - wird eine deutliche Erhöhung der Beitragsmessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze zu dem Ausschluss von Leistungseinschränkungen, wenn diese

zulasten der Versorgungsqualität gehen, gefordert. Wie bewerten Sie diese Forderungen?

Die **Vorsitzende**: Frau Bühler, bitte.

Sylvia Bühler (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Keine Interessenskonflikte. Wir sind auch der Meinung, dass starke Schultern in dieser Situation mehr tragen müssen. Insofern begrüßen wir die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Natürlich muss man auch gucken, dass es keine Anreize gibt, dass mehr Mitglieder dann aus der GKV in die PKV wechseln, weil dann hätten wir ein anderes Problem, dass Gutverdiener dann die Solidargemeinschaft verlassen. Insofern finden wir auch, dass weitere Einkommensarten noch heranzuziehen sind, zum Beispiel Kapitalerträge oder hohe Mieteinkünfte. Bei der Frage, wie man die GKV entlasten könnte, hätten wir noch einige Vorschläge, bevor man an Leistungskürzungen geht oder die Menschen, die wenig Geld haben, hier zur Kasse bittet.

Die **Vorsitzende**: Danke. Wir kommen jetzt zur Kurzzunde mit jeweils sechs Minuten je Fraktion. Es beginnt wieder die CDU-CSU-Fraktion. Kollege Müller, bitte.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Eine Frage an den G-BA zur Zweitmeinung. Sie haben gesagt, es gibt nur eine begrenzte Zahl von Zweitmeinern, auf die man zurückgreifen kann. Sie haben ein paar Beispiele benannt. Mich würde interessieren: Womit fangen wir an? Welche Bereiche bringen wir in die verpflichtende Zweitmeinung, um mit diesen Ressourcen zu haushalten?

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wir haben uns die Anzahl der zur Verfügung stehenden Zweitmeinern angeschaut. Deshalb hatte ich eben schon gesagt: Chronischer Rückenschmerz, Schultergelenkoperationen und Hysterektomien wäre etwas, mit dem man konkret beginnen könnte. Hier haben wir die meisten Zweitmeinern und die wenigsten Fälle. Das Beispiel Kniegelenk, das immer durch die Presse geht, wäre völlig verfehlt. Hier haben wir 173 000 Erstimplantationen pro Jahr und nur 551 Zweitmeinungsärzte. So,



da wissen Sie genau, was in der Versorgung passieren würde. Kann man beschließen, sollte man aber besser nicht tun.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Dann hätte ich eine Frage an die DKG. Wir wollen nach vorne schauen, nicht nur im Jetzt verharren. An welchen Stellen sehen Sie die größten bürokratischen Entlastungsmöglichkeiten im Krankenhausalltag? Welches Potenzial könnte ein Bürokratienteilungsgesetz kurzfristig erschließen?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir sehen ganz dringenden Bedarf, das will ich deutlich sagen, für Entbürokratisierung und Deregulierung, weil wir der Auffassung sind, tatsächliche Effizienzfortschritte in der Versorgung, wo also Aufwand, Kosten reduziert werden, ohne dass das Outcome für die Patienten deswegen reduziert werden muss. Solche Effizienzvorteile wird es vor allem dort geben, wo die Leistungserbringer, in dem Fall die Krankenhäuser, selbst in die Lage versetzt werden, über den Einsatz von Ressourcen zu entscheiden, über die Art der Prozesse zu entscheiden, mit denen sie die Patientenbehandlung organisieren. Wir wissen, dass das eine Aufgabe ist, die man dann verbinden muss mit einer neuen Überlegung, die wir für unbedingt entwicklungsnotwendig erachten, nämlich das Thema Ergebnisqualität. Wer weniger stark in kleinteiliger Struktur- und Prozessqualität denkt in Zukunft, der muss einen Blick auf die Ergebnisqualität legen, und deswegen fordern wir und schlagen wir vor, hier deutlich mehr Engagement drauf zu setzen, um hier Fortschritte zu erzielen. Tatsächlich ist es so, dass wir sehr viele kleinteilige Regulierungen haben. Sie kennen alle die Vorgaben im Bereich des Pflegepersonaleinsatzes, die Pflegepersonaluntergrenzen, die schichtgenau und stationsgenau gemessen werden. Wir haben derartige Vorgaben im Bereich der Psychiatrie, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL). Wir haben ganz viele Personalvorgaben durch den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Wir haben Personalvorgaben, die sich aus den G-BA-Richtlinien ergeben. Wir haben also wirklich zum Teil sich überlagernde Personalvorgaben, die dazu

führen, dass die Krankenhäuser wirklich unfassbar viel Vorhaltung leisten müssen, um tatsächlich dann die Patientenbehandlung abrechnen zu können, ohne am Ende mit dem MD bei den Prüfungen Schwierigkeiten zu bekommen, weil Bestimmtes nicht beachtet wurde. Deshalb auf Ihre Frage die klare Antwort: Wir sehen vor allem die Notwendigkeit, bei kleinteiligen Personalvorgaben nachzulassen und den Krankenhäusern und den Verantwortlichen dort vor Ort wieder mehr Möglichkeiten einzuräumen, die Verantwortung zu übertragen und dann den Blick auf die Ergebnisse der Patientenversorgung zu richten.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Noch eine Nachfrage zum besseren Verständnis: Sie haben die Zahl vorhin wiederholt und heute taucht sie auch in einem Artikel der BILD auf. Sie sagen, wenn das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz so kommt, wie es jetzt dasteht, würde das eine Entlassungswelle produzieren von 140 000 Beschäftigten. Andererseits sagen Sie aber im gleichen Artikel, 400 bis 500 klassische Krankenhausstandorte könnten aufgegeben werden. Jetzt stellt sich mir die Frage: Wenn ich 400 bis 500 klassische Krankenhausstandorte aufgeben mit einer durchschnittlichen Bettenzahl von 300 und bei 700 Personalköpfen, ist das wesentlich mehr als das, was durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz droht. Oder wie bekommen Sie das unter einen Hut? Es sind ja bei Ihnen mehr als 140 000 Beschäftigte, wenn ich die ganzen Standorte aufgeben.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): In der Tat, das sieht vielleicht aus wie ein Widerspruch oder man muss es aufklären, deshalb ist Ihre Frage zu Recht gestellt. Der Hinweis auf 400 bis 500 Krankenhausstandorte, die in einem planvollen Veränderungsprozess, so habe ich es beschrieben, über zehn Jahre umgestaltet werden, bedeutet nicht, dass die Versorgung, die dort geleistet wird, sich in Luft auflöst, sondern die wird verlagert an größere Zentren. Es wird aus zwei oder drei kleineren Krankenhäusern ein großes gemacht. Es findet die Veränderung in sogenannte sektorübergreifende Versorger statt. Das heißt, das Personal wird man auch zukünftig brauchen. Das Personal wird mit den Patienten sozusagen verlagert. Natürlich kann man bei dem Zusammenschluss kleinerer Häuser gewisse Personaleinsparungen erwirken,



gar keine Frage. Die 140 000 Stelen, von denen ich gesprochen habe, ist die Notwendigkeit, kurzfristig zu reagieren auf das, was uns jetzt an Kürzungen droht. Das ist eben die bittere Erkenntnis, dass, wenn ab nächstem Jahr die Erlöse so deutlich nach unten gehen - und das wird ja der Fall sein, wenn das Gesetz so beschlossen wird - dann können wir nicht in einem zehnjährigen Übergangsprozess agieren, sondern dann müssen die Krankenhäuser schnell ihre Kosten reduzieren. Zwei Drittel der Kosten in somatischen und 80 Prozent der Kosten in psychiatrischen Häusern sind Personalkosten. Deshalb werden die Krankenhäuser an dieser Stelle ansetzen müssen. Insofern löst sich hoffentlich der vermeintliche Widerspruch auf.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Jetzt ist die AfD wieder an der Reihe. Herr Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine Frage geht an die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Es geht um die Erhöhung des Apothekenabschlages. Was denken Sie: Wie viele Apothekenstandorte sind im ländlichen und strukturschwachen Regionen Ihrer Einschätzung nach durch die Kombination aus erhöhtem Kassenabschlag und gedeckelter Vergütungsentwicklung akut in ihrer Existenz gefährdet? Welche Mindestversorgungs-, Standort- und Schutzregelungen fehlen im Gesetzentwurf, um eine flächendeckende Arzneimittelversorgung dauerhaft zu sichern?

Die **Vorsitzende**: Herr Preis, bitte.

Thomas Preis (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Keine Interessenkonflikte. Seit 2008 hat rund jede fünfte Apotheke ihren Betrieb eingestellt. Damit liegt Deutschland bei der Apothekendichte im europäischen Vergleich weit hinten. Deshalb fordert die ABDA ganz klar die Streichung des vorgesehenen Abschlages, der erhöht werden soll. Denn gerade noch hat die Bundesregierung festgestellt, dass die Apotheken über Jahre unterfinanziert waren. Deshalb haben wir eine geringfügige Erhöhung des Packungsfixums bekommen, das sogar noch zeitlich verzögert kommt. Eine Erhöhung des Abschlages und des Apothekenabschlages würde quasi wieder durch die Hintertür eine Schwächung der Apotheken zur

Folge haben. Die historisch nie dagewesene Schließungswelle der Apotheken würde damit nicht abgefedert werden. Deshalb sind wir gegen diesen erhöhten Kassenabschlag, der hier vorgesehen ist.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Kurze Nachfrage: Haben Sie ungefähr eine Größenordnung, wie viele Apotheken Sie als wirklich gefährdet ansehen, wenn das alles so kommt?

Thomas Preis (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Wir haben aktuell etwa 30 Prozent der Apotheken, wo der Apothekeninhaber weniger verdient als ein angestellter Apotheker. Wir haben fast keine Neugründungen mehr, sondern nur noch Schließungen. Bezogen auf die Woche verliert die Bundesrepublik jeden Tag etwa zwei Apotheken. Das würde sich nicht ändern mit fatalen Auswirkungen auf die Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Gebieten. Das ist auf dem Lande, aber auch in den Außenbezirken großer Städte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Deutschen Hebammenverband (DHV). Es geht um die vollständige Geltung der Grundlohnrate für Hebammenvergütungen. Welche Auswirkungen hat die vollständige Bindung der Hebammenvergütung an die Grundlohnrate auf die Versorgungssituation von Schwangeren im ländlichen Raum? Wie soll unter dieser Deckelung die Existenz freiberuflicher Hebammen und Geburtshäuser in der Fläche gesichert werden, wenn die tatsächlichen Betriebs- und Personalkosten strukturell über der Grundlohnrate liegen?

Die **Vorsitzende**: Frau Köbke, bitte.

Andrea Köbke (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Kein Interessenkonflikt. Die Ethik der Hebammen setzt selbstverständlich die diskriminierungsfreie, tolerante und zugewandte Betreuung aller Frauen unabhängig von Herkunft, Rasse, Religion oder Aufenthaltsstatus voraus. Diesen Grundsatz vermissen wir zum Teil bei der AfD. Aber zum Gesetzentwurf möchte ich Folgendes sagen: Die Bindung an die Grundlohnsummensteigerung ist für uns überhaupt nicht hinnehmbar, weil



die wirtschaftliche Existenz der freiberuflichen Hebammen an den Hebammenhilfevertrag geknüpft ist. Wir haben einen sehr schlechten Abschluss erreicht, der deutlich hinter unseren Erwartungen zurückgeblieben ist. Ein Abschluss, der die wirtschaftliche Existenz der freiberuflichen Hebammen nicht dauerhaft sichern kann - gerade im ländlichen Raum, wo die Hebammen auch nicht auf eine starke Geburtenrate zurückgreifen können. Wir brauchen eine grundsätzliche Sicherung des Hebammenauskommens, damit freiberufliche Hebammen weiterhin wirtschaftlich existieren können. Die Kopplung an die Grundlohnsummensteigerung ist da nicht hinnehmbar, weil die wirtschaftliche Existenz dadurch nicht gesichert werden kann. Die Ausgaben werden deutlich das übersteigen, was an Einnahmen zu generieren ist. Wir sehen auch einen Eingriff in die Selbstverwaltung durch diese Deckelung. Das hat starke Auswirkungen auf den nächsten Abschluss des Hebammenhilfevertrags und der müsste deutlich über dem liegen, was wir jetzt erreicht haben.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine nächste Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE). Chronisch kranke Versicherte sind besonders von der erhöhten Zahlungsbelastung betroffen, auch wenn für sie eine niedrige Belastungsgrenze von einem Prozent gilt. Wie bewerten Sie das Risiko, dass die Kombination aus erhöhten Zuzahlungen, Leistungskürzungen und wegfallender Erstattung bei der Homöopathie zu einem schleichenden Rückzug von Selbsthilfeangeboten und Präventionsleistungen führt?

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

Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)): Keine Interessenskonflikte. Die entsprechenden Erhöhungen werden wahrscheinlich vor allem die Menschen betreffen, die nichts von den Überforderungsregelungen wissen. Was eben auch tatsächlich ein Problem ist. Wir haben nach wie vor das Problem in der Versorgung, dass die Überforderungsregelung viel zu wenig

bekannt ist bei den Menschen und dadurch oft Menschen, gerade Chroniker, viel zu viele Zuzahlungen leisten. Das wird sich natürlich verschärfen mit den Erhöhungen. Insofern wäre unser Anliegen, dass die Menschen stärker informiert werden.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann kämen wir jetzt zur SPD. Herr Dr. Pantazis, bitte.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an ver.di. Im Krankenhaus werden Tarifsteigerungen über die Grundlohnrate zu 50 Prozent refinanziert. Das gilt jedoch nicht für die häusliche Krankenpflege, ambulante Intensivpflege sowie Reha- und Vorsorgeeinrichtungen. Bitte schildern Sie uns kurz, welche Auswirkungen eine Begrenzung der Vergütungssteigerung auf die Grundlohnrate, auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Reha für tarifgebundene Einrichtungen haben kann. Was wären Ihre Vorschläge?

Die **Vorsitzende**: Frau Bühler, bitte.

Sylvia Bühler (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): In der Tat, die Einschränkungen hier bei der Refinanzierung der Tarifverträge, das erfüllt uns mit sehr großer Sorge. Wir befürchten, dass Arbeitgeber auch Tariffucht begehen, wenn sie nicht mehr die Tarifföhne refinanziert bekommen. Es war eine Antwort auf Fehlentwicklungen. Wenn wir weiterhin die Tarifverträge abschließen, so wie es die Beschäftigten verdienen und brauchen, dann werden die Arbeitgeber in allen Teilbereichen andere Lösungen suchen müssen. Aber die Zitrone ist in den meisten Bereichen ausgequetscht. Personal abzubauen wäre auch für die Versorgung sehr riskant und würde die Versorgungsqualität erheblich beeinträchtigen. Wir spüren jetzt schon die Auswirkungen in Tarifverhandlungen. Die Charité hier in Berlin hat schon den Entlastungstarifvertrag gekündigt. Die Unikliniken in Baden-Württemberg haben den Rationalisierungsschutztarifvertrag schon gekündigt. Insofern hoffen wir sehr, dass hier nachgebessert wird und Tarifverträge wieder vollständig refinanziert werden in allen Teilbereichen, die hier betroffen sind.



Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine nächste Frage richte ich an den GKV-Spitzenverband und die DKG. Der Gesetzentwurf sieht im Grundsatz vor, dass das Pflegebudget erhalten bleibt, sein Wachstum aber an die Grundlohnentwicklung gekoppelt wird. Die FKG hatte dagegen die Wiedereingliederung des Pflegebudgets in die DRGs gefordert. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene Maßnahmen? Was halten Sie von dem Vorschlag der FKG?

Die **Vorsitzende**: Herr Blatt und dann Herr Dr. Gaß.

Oliver Blatt (GKV-Spitzenverband): Ich möchte zwei Dinge noch mal voranstellen. Die Kopplung an die Grundlohnsumme bedeutet keine Deckelung, sondern sie bedeutet eine Begrenzung des Zuwachses, im Moment 4,1 Prozent. Grundsätzlich finden wir die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip, wie sie die FKG vorgeschlagen hat, für gut und nachvollziehbar. Denn wir beobachten, dass gerade beim Thema Pflegebudget in den vergangenen Jahren durch Fehlanreize pflegeferne Tätigkeiten über das Pflegebudget abgerechnet worden sind. Oder man kann es auch anders sagen, dass Pflegefachkräfte für andere Dinge eingesetzt wurden, als für die sie ausgebildet worden sind. Wir könnten uns vorstellen, und das ist dann im Sinne der FKG, dass wir ab 2027 ein leistungsbezogenes Pflegebudget einführen, bei dem die Pflegemittel als abgrenzbarer Teil der Fallpauschalen direkt an die Leistungsmenge gekoppelt und über einen verbindlichen Verwendungsnachweis auch abgesichert werden. Das heißt, es soll nachgewiesen werden, dass das Geld auch dort ankommt, aber wieder zurück ins DRG-System.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Zunächst muss man betonen, dass die Regelung, die jetzt im Gesetz steht, ganz eindeutig eine Spirale nach unten auslösen würde, weil Jahr für Jahr die Krankenhäuser damit rechnen müssten, dass ihnen im Rahmen der Spitzabrechnung, die dann droht, Mittel entzogen werden, sodass sie permanent unter dem eigentlichen Soll bleiben müssen, um genau das zu vermeiden. Die Idee, die Rückgliederung des Pflegebudgets in die Fallpauschalen umzusetzen, ist eine denkbare Option. Wir selbst haben den Vorschlag gemacht, die

hausindividuellen Pflegebudgets anzukoppeln an die Pflegepersonalbedarfsbemessung, also eine bedarfsgerechte Personalausstattung. Das muss in jedem Fall Ziel einer Novellierung sein. Wir verstehen, dass man eine unbegrenzte, nach oben offene Selbstkostendeckung, wie sie im Moment besteht, nicht dauerhaft umsetzen kann. Deswegen haben wir vorgeschlagen, zwei Jahre die Mengenentwicklung einzufrieren, die Kostensteigerungen der Tarife aber auch in diesen zwei Jahren zu refinanzieren und diese Zeit zu nutzen, um dann zu entscheiden, ob man wieder eingliedert in die Fallpauschale oder ob man tatsächlich die hausindividuellen Budgets weiterführt in Anknüpfung an die Pflegepersonalbemessung. Was wir absolut strikt ablehnen, wäre eine Wiedereingliederung in die Fallpauschale, so wie sie eben vom GKV-Spitzenverband angedeutet wurde, mit gleichzeitiger Spitzabrechnung der über die Pauschale zur Verfügung gestellten Mittel. Das ist dann nämlich keine Pauschalfinanzierung, sondern es ist eine sachbezogene Zuweisung von Mitteln und die müssten dann in jedem Fall angedockt sein an die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0). Das würde das System aber im Zweifelsfall nochmals deutlich teurer machen.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine letzte Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband. Die FKG sieht eine hohe Kostendynamik im Bereich der Schutzimpfungen und fordert eine stärkere Regulierung. Bitte stellen Sie uns die Ausgabendynamik dar! Geben Sie uns bitte auch ein anschauliches Beispiel für Impfstoffpreise in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern. Welche Forderungen leiten Sie daraus ab? Sehen Sie weitere Wirtschaftlichkeitsreserven im Vergleich zum Gesetzentwurf?

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

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Wir haben eine enorme Steigerung im Bereich der Schutzimpfung. Ich nenne einmal die Zahlen; 2015 waren es 1,4 Milliarden Euro und 2024 waren es 3,6 Milliarden Euro. Einer der herausgehobenen Impfstoffe ist der Shingrix. Seit er im März 2018 in den Markt gekommen ist, hat sich der Preis fast verdreifacht auf jetzt über 200 Euro. Das zahlen nicht alle Länder im internationalen Vergleich. Wir



zahlen 210 Euro und die Spanier 125 Euro. Die geplante Erhöhung des Herstellerabschlags wird ohne Preismoratorium leider nicht den gewünschten Effekt erzielen. Das will ich hier noch einmal platzieren. Dann kann man auch den Herstellerabschlag einpreisen. Das könnte dazu führen, dass die Preise künftig auch weiterhin ungebremst steigen werden. Deshalb braucht es ein Preismoratorium und einen Herstellerabschlag für alle Impfstoffe und auch eine Verhandlung von Erstattungsbeiträgen, die dann auch Preismengenregelungen einführen.

Die **Vorsitzende**: BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Frau Heitmann ist nun an der Reihe, bitte.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne den Verbraucherzentrale Bundesverband fragen. Dieser Gesetzentwurf verfolgt vorrangig das Ziel der finanziellen Stabilisierung der GKV. Werden dabei aus Ihrer Sicht die Interessen und Rechte von Patientinnen und Patienten auch ausreichend berücksichtigt? Wir haben schon gehört, es droht ein Abbau von 140 000 Stellen. Was heißt das aus Ihrer Sicht vielleicht auch auf die Patientensicherheit bezogen und auf mögliche Fehler, die in Behandlungen dann auch passieren könnten?

Die **Vorsitzende**: Herr Moormann, bitte.

Thomas Moormann (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Keine Interessenskonflikte. Das Problem ist, dass hier im Gesetzentwurf die Kostendämpfung weitestgehend ohne Strukturreform einhergehen. Das bedeutet, dass es eine Zumutung ist für viele Menschen, für Patienten, für Versicherte, das zu akzeptieren. Wir haben schon mehrfach gehört, dass nicht alle ihren angemessenen Beitrag leisten wollen. Die Belastungen müssten aus Sicht der Patienten ausgewogener verteilt werden. Da wurde vieles auch schon gesagt. Die FKG hat einen Belastungsanteil der Patienten von 10 Prozent vorgeschlagen und der liegt aktuell bei rund 15 Prozent. Das heißt, es sollte auf jeden Fall auf die Dynamisierung der Zuzahlung verzichtet werden. Ganz besonders, solange der Bundeszuschuss nicht dynamisiert wird. Wir schlagen weiterhin vor, um Familien mit niedrigem Einkommen zu schonen, ein Partnersplitting statt der Belastung von

Familien mit geringem Einkommen bei dem Punkt der Teilabschaffung der Partner mit Versicherung. Außerdem wäre es ein sehr, sehr wichtiges Signal, wenn die Abgabe auf gesüßte Getränke umgehend eingeführt werden würde, damit eine Zuversicht auch bei den Patientinnen und Patienten entsteht, dass was passiert, dass auch strukturell was gemacht wird und die Patienten geschützt werden. Die Nutzenorientierung auch für die Patientinnen und Patienten sollte noch konsequenter und sichtbarer werden, zum Beispiel sollten die Früherkennungsmaßnahmen risikoadaptierter, zielgenauer gemacht werden. Die Satzungsleistungen der Krankenkassen müssen auch mit überprüft werden. Wo ist da Evidenz und wo ist keine? Es sollten auch keine privaten Zusatzversicherungen für Leistungen, die nicht evidenzbasiert sind, vermittelt werden.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen. Im vorliegenden Gesetzentwurf werden Anpassungen bei der Vergütung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte wie auch der Allgemeinmediziner vorgesehen. Wie beurteilen Sie die geplanten Fixkostenabschläge für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen?

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

Dr. Michael Hubmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)): Keine Interessenskonflikte. Ich glaube, die Debatte zeigt deutlich, dass wir eine Gesamtstrategie brauchen. Wir brauchen ein Primärversorgungssystem. Wir brauchen die Notfallversorgung und wir brauchen endlich ein Bekenntnis zur Prävention. Die Fixkostendegression wird bei beiden Punkten, sowohl bei der Primärversorgung als auch der Prävention, wie es angedacht ist, diesen Zielen nicht gerecht. Wir würden komplett das Morbiditätsrisiko, beispielsweise bei Infektwellen von den Krankenkassen, wo es aktuell liegt, zurück in die Praxen geben. Stichwort letzte RSV-Welle [Respiratorische Synzytial-Virus], die vor drei Jahren auch der Grund für die Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin war. Besonders problematisch sehen wir die Diskussion bei den Vorsorgen. Wir können nicht ernsthaft Prävention fordern und dann gleichzeitig die Zahl der



Kindervorsorgen begrenzen wollen. In der gesamten Diskussion möchte ich eines noch anmerken. Wir wollen ambulantisieren. Das fällt uns aber schwer, weil wir auch in dieser Diskussion wieder den Schwerpunkt zu sehr auf die Kliniken zeigen. Die Praxen draußen sind jeden Tag für die Versorgung der Patienten da. Herr Pantazis hat die Frage der Personalkostensteigerung beim ambulanten Pflegedienst gestellt. Diese stellt sich für unsere Praxen genauso. Wir sehen einen zunehmenden Wettbewerbsnachteil und die Praxen sind mehr Teil der Lösung als des Problems.

Die **Vorsitzende**: Frau Fischer, bitte.

Abg. **Simone Fischer** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband zum Pflegebudget. Halten Sie aus Ihrer Sicht den aktuellen Umsetzungsstand der PPR 2.0 für so weit fortgeschritten und praxistauglich, dass sie ohne weiteres unmittelbar mit dem Pflegebudget verknüpft werden kann? Oder sehen Sie hierfür derzeit noch fachliche und praktische Voraussetzungen, die vorher geschaffen werden müssen?

Ingo Böing (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband): Keine Interessenkonflikte. Wir halten tatsächlich die PPR 2.0 für genau das geeignete Instrument, um sie mit dem Pflegebudget zu verknüpfen. Was uns wichtig ist: Es muss eine Weiterentwicklung sein. Die Fraktion von BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN hat gerade eine kleine Anfrage gestellt, wo erstmalig die Bundesregierung geantwortet hat, wie die Erfüllungsgrade sind. Wir sehen, dass sie sehr heterogen sind und dass noch viel Informationsbedarf besteht. Insbesondere müsste der Weiterentwicklungsbericht durch die Bundesregierung einmal auch veröffentlicht werden, um das einschätzen zu können, ob die PPR 2.0 das geeignete Instrument ist. Wir sehen das grundsätzlich so. Es gibt aber einen Weiterentwicklungsbedarf. Ich möchte beispielsweise die Intensivstationen für Erwachsene als einen Punkt herausgreifen. Dort gibt es aktuell keine Personalbemessung. Das müsste dringend nachgebessert werden.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Nun ist Die Linke an der Reihe. Frau Merendino, bitte.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Meine Frage richtet sich an den DBfK Bundesverband. Die FKG schlug eine vollständige Abschaffung des Pflegebudgets vor. Der nun vorliegende Gesetzentwurf soll das Pflegebudget aber nun deckeln, nennen wir das Kind mal beim Namen. Der Parlamentarische Staatssekretär Sorge nutzte vorhin auch das Wort opulent im Zusammenhang mit der Pflege. Das würde mir jetzt nicht als erstes einfallen, aber gut. Können Sie aus Ihrer Sicht skizzieren, welche Wirkung die Einführung des Pflegebudgets auf die Krankenhauspflege hatte? Welche Entwicklungen stehen Pflegekräften und Krankenhäusern nun mit der Deckelung bevor?

Die **Vorsitzende**: Herr Böing, bitte.

Ingo Böing (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband): Ich möchte einmal ganz kurz auf die Historie hinweisen. Das Pflegebudget wurde eingeführt, um den Fehlanreiz zu korrigieren. Das wissen alle. Mit der Einführung der DRGs wurde massiv Pflegepersonal abgebaut. Die Arbeitsverdichtung wurde massiv erhöht. Insofern hat das Pflegebudget genau diesen Fehlanreiz korrigieren müssen. Das ist auch teilweise gelungen. Drei zentrale Punkte, die das Pflegebudget in letzten Jahren gebracht hat: der Personalaufbau konnte gestoppt und eine Trendumkehr erreicht werden – aus unserer Sicht allerdings noch nicht endgültig und ausreichend. Selbst die FKG stellt fest, dass weiterhin ein Großteil der Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten werden. Das heißt aus unserer Sicht - wir haben es auch mit verschiedenen Daten und so weiter hinterlegt - ist der Personalaufbau noch lange nicht abgeschlossen. Zweitens hat das Pflegebudget dazu beigetragen, dass eine Lohnlücke geschlossen werden konnte. Im Ergebnis haben wir eine schlechtere Bezahlungs- bzw. Tarifentwicklung in der Pflege seit Einführung der DRGs erlebt. Es konnten dort Nachholeffekte realisiert werden. Das war sehr zu begrüßen. Der dritte Aspekt ist, dass auch die Pflege im Krankenhaus sich professionalisieren konnte. Insbesondere die Entwicklung, dass Advanced Practice Nurses inzwischen fast flächendeckend im Krankenhaus



eingesetzt werden, ist aus unserer Sicht darauf zurückzuführen, dass das Pflegebudget als Finanzierungsgrundlage da lag. Wir haben schon darüber geredet, was das für Auswirkungen sind. Im Endeffekt wird eine Deckelung auf der Grundlohnrate dazu führen, dass die Tarife im Vergleich zu anderen Bereichen nicht weiter steigen können. Im Endeffekt wird auch ein Personalabbau stattfinden. Herr Dr. Gaß hat schon darauf hingewiesen. Ich möchte noch einmal deutlich machen, dass, wenn der Vorschlag der FKG aufgegriffen wird, es zu einem sofortigen Abbau von Pflegestellen im Krankenhaus kommen wird. Anders kann es gar nicht gehen, wenn keine Finanzierungsgrundlage da ist.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Meine Frage richtet sich an den DHV. Die Änderungen am Pflegebudget und an der Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen treffen nicht nur die Pflege, sondern auch die Geburtshilfe. Können Sie das kurz skizzieren? Welche Konsequenzen sind zu erwarten?

Die **Vorsitzende**: Frau Köbke, bitte.

Andrea Köbke (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Aus geburtshilflicher Sicht ist besonders die Beschneidung des Pflegebudgets ohne funktionierende Personalbemessung, die wir nicht haben, überhaupt nicht hinnehmbar. Die Form dieser Kürzung ist katastrophal, weil wir die notwendige Hebammenausstattung, um eine sichere Geburtshilfe durchzuführen, noch gar nicht haben. Die Geburtshilfe ist schon jetzt unterfinanziert und mit der Kürzung des Pflegebudgets werden wir aktiv verhindern, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung unter der Geburt möglich sein wird. Die Kliniken haben keine Möglichkeiten, Personal aufzubauen und wir warten seit Jahren auf ein Personalbemessungsinstrument in der Geburtshilfe. Wir haben gerade den Hebammenkreißsaal, noch nicht flächendeckend, aber zumindest am Anfang eingeführt und dieser wurde gerade mit einer G-BA-Richtlinie hinterlegt. Das wird mit der Kürzung des Pflegebudgets unmöglich gemacht, denn wir brauchen mehr Personal, um Hebammenkreißsäle einzuführen. Hebammenkreißsäle, hebammenintensive Betreuung bedeutet geringere Intervention, hohe Zufriedenheit der Frauen, geringere Folgekosten. Das, was man ganz klar sagen muss: Eine sichere und gute,

qualitativ hochwertige Geburtshilfe braucht viele Hebammenstellen. Wir haben im Moment nicht die Möglichkeit, mit der Kürzung des Pflegebudgets diese Stellen aufzubauen. Wir werden eine höhere Interventionsrate zu erwarten haben. Wir werden wieder Situationen haben, wo drei Gebärende gleichzeitig von einer Hebamme betreut werden müssen. Die Kürzung des Pflegebudgets wird fördern, dass Hebammen fachfremde Tätigkeiten wie Betten putzen, Essen austragen und so weiter erledigen müssen. Das heißt also, die Betreuung der Frauen findet auch hier wieder nicht statt. Wir treiben die Interventionsquote hoch, wir rückabwickeln sehr wünschenswerte Entwicklungen und wir haben auch nicht die Möglichkeit, eine vernünftige Ausbildung zu gewährleisten, weil die Praxisanleiterinnen, die eingestellt werden, eine andere Vergütungslogik brauchen. Das heißt also, in dem Moment, wo wir das Pflegebudget anfassen, auch mit den geplanten nicht erfolgten Tariflohnsummensteigerungen, wird es so sein, dass wir die gut ausgebildeten Hebammen, die voll akademisiert sind, nicht angemessen bezahlen. Das heißt auch, dass sie in der Klinik keinen attraktiven Arbeitgeber sehen. Im Hebammengesetz brauchen wir eine Eins-zu-eins-Praxisanleitung. Wir brauchen weitergebildete Praxisanleiterinnen. All dieses wird nicht refinanziert durch die Kürzungen im Pflegebudget. Das wird ein großes Problem sein. Sowohl in der Betreuung der Gebärenden als auch in der Ausbildung der Hebammen. So werden wir es nicht schaffen, die Hebammen im Beruf zu halten. Wir werden es so auch nicht schaffen, das Konzept des Hebammenkreißsaals umzusetzen, was wirklich eine deutliche qualitative Verbesserung in der Geburtshilfe erreicht.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann kommen wir jetzt zum dritten Block. Es beginnt Kollege Dr. Pilsinger für die CDU/CSU-Fraktion. Bitte.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Pharma Deutschland. Wie bewerten Sie die Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags zur Finanzierung der GKV? Halten Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene Standortklausel für geeignet, um den Pharmastandort Deutschland bei Investitionen und klinischen Studien zu stärken?



Die **Vorsitzende**: Frau Brakmann, bitte.

Dorothee Brakmann (Pharma Deutschland): Keine Interessenskonflikte. Zunächst zum dynamischen Herstellerabschlag – das muss ich noch einmal einsortieren. Es ist egal, ob er dynamisch ist oder nicht. Das ist für uns mehr als eine kurzfristige Sparmaßnahme. Die Stabilisierung der GKV ist ein wichtiges politisches Ziel, aber gleichzeitig müssen wir natürlich auch gucken, was mit diesem Ziel für die Patientenversorgung einherkommt, aber eben auch für Innovationen und die Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Deutschland. Denn alles, was wir hier beschließen, auch bezogen auf die Arzneimittelpreise in Deutschland, endet ja nicht an den deutschen Grenzen. Deutschland ist für viele Länder ein Referenzpreismarkt. Das wissen wir. Das wissen Sie auch sehr gut. Das heißt, wir exportieren Preise und nationale Entscheidungen entfalten eben auch internationale Konsequenzen. Wir sehen das auch schon heute. Wir haben schon deutlich mehr als 30 Prozent weniger Innovationen als andere Länder wie USA, China aber auch europäische Länder. Jetzt haben wir noch ein großes Land, was dazu kommt, die USA. Damit verschärft sich dieser Konflikt erheblich. Deshalb geht es jetzt längst nicht mehr nur um die nationalen Preise, sondern es geht eben auch um die Versorgungssicherheit. Sie haben es gesagt, den Standort Deutschland für Forschung, Investitionen und Beschäftigung erhalten. Gerade bei den Unternehmen, die sowieso mit hohen Kosten im Moment belastet sind, gerade der Mittelstand – hier müssen wir gucken, dass wir Entlastung hinbekommen. Ein Standortvorteil oder eine Standortklausel wäre insofern natürlich ganz wichtig. Alles, was diesen Herstellerabschlag verringern würde, egal, ob dynamisch oder eben nicht dynamisch, ist ganz wichtig, auch für unseren Mittelstand. Man vergisst oft, dass der davon auch betroffen ist, aber er muss eben umsetzbar sein. So wie er im Referentenentwurf steht bei einer Umverknüpfung mit drei Kriterien, wäre er überhaupt nicht umsetzbar, weder für globale Unternehmen, die auch die hier Standorte haben, noch für den Mittelstand, noch für einzelne Präparate. Insofern bitten wir hier noch mal um eine Überarbeitung und auch Überdenkung des kompletten Themas. Ich darf vielleicht noch mal darauf eingehen, auf die Vorredner. Wir sind keineswegs unterdurchschnittlich belastet, einerseits durch den Export dieser Maßnahme in internationale Länder, aber

auch durch die Summe als solches. Ich glaube, das wird oftmals vergessen.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage zum dynamischen Herstellerabschlag an den Verband der forschenden Arzneimittelhersteller und GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die dynamische Komponente, mit welcher der Herstellerabschlag im Sinne einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik weiterentwickelt werden soll? Welche Auswirkungen sehen Sie diesbezüglich für den Zugang zu innovativen Arzneimitteln?

Die **Vorsitzende**: Herr Steutel und dann Herr Blatt, bitte.

Han Steutel (Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa)): Ich bewerte es ein bisschen anders als Frau Brakmann. Wir denken, dass gerade die Dynamisierung des Herstellerabschlags wirklich unvereinbar ist mit einem kommerziellen Unternehmen. Das würde bedeuten, dass wir erst im Laufe eines Jahres wissen, was wir im ersten halben Jahr verkauft haben. Das geht unserer Meinung nach so nicht. Das ist der wichtigste Punkt hier für uns in diesem Kontext, dass es diese Dynamisierung nicht gäbe. Es ist auch für uns schwierig, das zu akzeptieren, wenn uns im Jahr 2022 von der damaligen Bundesregierung versprochen wurde, dass die Zwangsrabatte auf sieben Prozent stabilisiert werden. Jetzt steht im Koalitionsvertrag, dass die forschende Pharmaindustrie weltweit als führend in der medizinischen Biologie aufsteigen sollte. Das passt nicht.

Oliver Blatt (GKV-Spitzenverband): Aus unserer Sicht ist der dynamische Herstellerabschlag konsequent und der einzige Weg im Sinne der einnahmensorientierten Ausgabenpolitik. Für uns gibt es, um von der Summe her zu kommen, keinen wirklichen Grund, die Pharmabranche anders zu behandeln als Ärzte, Krankenhäuser und am Ende auch Patientinnen und Patienten. Der deutsche Arzneimittelmarkt zeichnet sich dadurch aus, dass er so schnell wie in keinem anderen Teil der Welt nach 53 Tagen neue Wirkstoffe am Markt hat, was für die Patienten gut ist. Was aber auch für die Pharmaunternehmen bedeutet, sie können ab dem 53. Tag mit neuen Wirkstoffen bei uns Geld verdienen. Der



deutsche Markt ist und bleibt europäisch führend. Wir halten es nicht für zielführend im Sinne des gemeinsamen Schutterns, die Pharmaindustrie jetzt anders zu behandeln als andere. Wir sehen auch nicht, dass wir mit solchen Maßnahmen den Standort gefährden. Wir möchten auch darauf hinweisen, dass Standortpolitik etwas gänzlich anderes ist, als über hohe Preise zu gehen. Es gibt viele Dinge, die wir in Deutschland für die Industrie besser machen können, auch für die Pharmaindustrie - bürokratie- armer arbeiten, Fachkräftemangel entgegenen. Wir haben viel zu tun, das ist richtig, aber keine Förderung über hohe Preise. Das zeigen auch andere Industrien. Ein hoher Preis garantiert nicht, dass Unternehmen weiter in Deutschland produzieren. Insofern kurz zusammengefasst: Wir sehen keinen Grund hier nachzusteuern. Das würde das Sparpaket auch deutlich schwächen. Das muss man auch noch einmal sagen, vom dynamischen Herstellerabschlag abzusehen. Wenn Sie es nicht dynamisch machen, dann müssten Sie etwa bei 17 Prozent fest einsteigen, um die bisher geplanten Einsparungen, die die FKG vorgesehen hatte, beizubehalten.

Abg. Dr. Stephan Pilsinger (CDU/CSU): Ich frage die European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. Welche Auswirkungen sehen Sie bei der geplanten Gesetzgebung auf den europäischen Pharma-Standort, insbesondere vor dem Hintergrund der Most Favourite Nations-Problematik und zweitens bezüglich der generellen Auswirkungen des dynamischen Herstellerabschlages auf die forschenden Unternehmen?

Die **Vorsitzende:** Frau Taube, bitte.

Tina Taube (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA)): Kein Interessenskonflikt. Deutschland spielt für die Wettbewerbsfähigkeit Europas eine zentrale Schlüsselrolle. Wir reden über den größten Pharmamarkt mit 25 Prozent des Gesamt-EU-Marktes und mit einem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), das als eines der international anerkannten Referenzmodelle gewertet wird. Daher haben hier politische Entscheidungen Auswirkungen weit über die deutschen und europäischen Landesgrenzen hinaus. Europa verliert derzeit an Boden im globalen Wettbewerb um Forschung, Investitionen und

Talente. Gleichzeitig verschlechtert sich der Zugang für Patientinnen und Patienten zu innovativen Arzneimitteln auch in Deutschland. Deshalb sollten Reformen, die Sie heute diskutieren, nicht nur unter dem Aspekt kurzfristiger Kostendämpfungsmaßnahmen betrachtet werden, sondern auch hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Innovation, Investitionen und Versorgung, die aus unserer Sicht zusammenhängen und nicht isoliert betrachtet werden können. Wenn Europa seine gemeinsam gesteckten Ziele im Bereich der Life Sciences erreichen will, müssen nationale Rahmenbedingungen Innovation fördern und nicht schwächen. Daher ist die angemessene Wertschätzung von Innovation nicht nur gesundheitspolitisch, sondern auch wirtschafts- und industriepolitisch von zentraler Bedeutung.

Abg. Dr. Stephan Pilsinger (CDU/CSU): Noch eine Frage an Pro Generika. Welche Auswirkungen auf die Versorgung von Arzneimitteln mit niedrigen Wirkstärken wie zum Beispiel Kinderarzneimitteln sind durch die Änderung des erweiterten Preismoratoriums für Arzneimitteln des Bestandmarktes zu erwarten?

Die **Vorsitzende:** Herr Wittkemper, bitte.

Frank Wittkemper (Pro Generika): Keine Interessenskonflikte. Für die patentfreien Arzneimittel, und das betrifft auch die meisten Kinderarzneimittel, wird die Regelung wahrscheinlich zu einer Schwächung der Versorgungssicherheit führen, da sie den Markt für neue Anbieter einfach unattraktiver macht. Diese Regelung trifft also Generika, die das Gesetz eigentlich insgesamt nicht treffen wollte. Die meisten patentfreien Arzneimittel unterliegen bereits Festbeträgen, die fixieren die Erstattung auf den niedrigsten Drittel. Das Preismoratorium greift aber in der Regel dann, wenn gar keine Festbeträge gebildet werden können, weil bereits zu wenig Mitbewerber in diesem Markt sind. Da soll auch noch der allergünstigste Preis festgelegt werden. Das heißt, in dieser Gruppe würden wir uns natürlich mehr Neueintritte und mehr Resilienz damit wünschen. Das wurde zuletzt mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz mit der Gesetzgebung erreicht, in dem Festbeträge um 50 Prozent



angehoben wurden und Rabattverträge konsequent für Kinderarzneimittel verboten wurden.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Eine Frage noch an Pharma Deutschland: Der neue § 130e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ermöglicht exklusive und wirkstoffübergreifende Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung und verbindet diese mit einer Ordnungssteuerung zugunsten rabattierter Arzneimittel. Welche Risiken sehen Sie für ärztliche Therapieentscheidungen, AMNOG-Systematik, Versorgungssicherheit und Innovationsanreize, wenn Rabattlogiken in den patentgeschützten Markt übertragen werden? Welche alternativen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung wären aus Ihrer Sicht denkbar?

Die **Vorsitzende**: Frau Brakmann, bitte.

Dorothee Brakmann (Pharma Deutschland): Diese Einführung von Rabattverträgen in den patentgeschützten Arzneimittelbereich ist für uns schon ein grundlegender Systembruch. Die kurzfristigen Einsparmaßnahmen hätten hier schon Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Das sehen wir schon ohne Not, denn wir haben bereits Verhandlungen mit regionalen Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband. Das heißt, ohne Not würden wir hier noch mal diesen Eingriff vornehmen. Die Verhandlungen, die derzeit stattfinden, finden streng nutzenorientiert statt und auch auf der Basis von vergleichbaren Arzneimitteln. Jetzt würde man dem nachgelagert mit dem neuen § 130e SGB V eine zusätzliche Verhandlung wieder mit regionalen Krankenkassen drauflegen, was das komplette derzeitige System, und das war Ihre Frage, Herr Pilsinger, dann schon auf den Kopf stellen und auch aushebeln würde. Denn zukünftig würde weder das am besten bewertete Arzneimittel eingesetzt werden können, noch würde es Therapieviefalt geben, es würde schlicht die preiswerteste Arzneimittel-Therapie eingesetzt werden. Therapieentscheidungen würden zukünftig eben nicht mehr von medizinischen Kriterien abhängen, sondern ausschließlich von wirtschaftlichen. Das hat Auswirkungen auf die Versorgung, denn therapeutische Vergleichbarkeit heißt nicht therapeutische Gleichheit. Insbesondere in den Bereichen, die aufgerufen werden.

In der Onkologie ist das wichtig, denn gerade hier ist es entscheidend, in welcher Reihenfolge Arzneimittel eingesetzt werden. Therapiesequenzen sind hier entscheidend für das Überleben in der Onkologie. Dass man das komplette Spektrum der Arzneimittelwirkstoffe zur Verfügung hat, ist wichtig. Das hätte man zukünftig nicht mehr. Auch Menschen mit chronischen Erkrankungen, Psoriasis oder Psoriasis-Arthritis, die brauchen auch sehr lange, bis sie die richtige Therapie finden. Auch hier müsste der Arzt dann das aufschreiben, was die Krankenkasse möchte. Dass hier Ausnahmen gemacht werden, halte ich für illusorisch, denn bereits jetzt wäre das möglich. Davon wird sehr selten Gebrauch gemacht, weil die Dokumentation einfach enorm ist und auch die Angst vor Regressforderung. Das heißt, die Folgen wären tatsächlich, um die Frage zu beantworten, Einschränkungen der Therapie und auch eine zunehmende Ungleichheit für die Versorgung zwischen PKV und GKV, Stichwort Zweiklassenmedizin. Deshalb würden wir hier auch noch mal darum bitten, die Einführung des § 130e SGB V wirklich streng zu überdenken und nicht die Tür für diese Zweiklassenmedizin aufzumachen.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Eine Frage an den G-BA. Wie könnte aus Ihrer Sicht aus Gründen der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung im § 31 Absatz 5 der Vorrang von Fertigarzneimitteln noch stärker unterstrichen und verbindlich geregelt werden? Sehen Sie außer den namentlich erwähnten Fertigarzneimitteln noch weitere Wirkstoffe oder Wirkstoffklassen, die hier als Fertigarzneimittel in die Versorgung relevant sein könnten?

Die **Vorsitzende**: Herr Prof. Hecken, bitte.

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ja, man könnte hier noch eine Verstärkung vornehmen. Heute steht ja, dass prinzipiell Fertigarzneimittel zu bevorzugen sind vor Apothekenzubereitungen. Wenn die [Cannabis]Blüten eben nicht mehr zur Verfügung stehen, könnte man natürlich vorschreiben, dass ein mindestens sechsmo-natiger Therapieversuch mit einem Fertigarzneimittel vor dem Einsatz von Apothekenzubereitungen, die ja sehr hohe Kosten verursachen, erfolgen soll.



Man könnte noch ausdrücklich in der Aufzählung, die heute im Gesetz vorhanden ist, bei den Fertigarzneimitteln Cannabis-Vollextrakte, die jetzt bei der FDA [Food and Drug Administration] in der Zulassung sind, erwähnen, und hätte damit ein Paket, das am Ende des Tages bei einer Bewertung durch den G-BA, möglicherweise bezogen auf die zweckmäßige Vergleichstherapie, die Vollextrakte versus die Apothekenzubereitungen bewerten könnte.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Dann noch eine Frage an den AOK-Bundesverband. Der Gesetzentwurf sieht bei Impfstoffen einen Abschlag von 7 Prozent zusätzlich zum Referenzpreisabschlag vor. Wie schätzen Sie diese Regelung ein?

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

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Der aktuell geplante Herstellerabschlag wird ohne das Preismoratorium, das hatte ich vorhin ganz zum Schluss noch einmal versucht zu sagen, leider nicht den gewünschten Effekt erzielen. Denn ohne Preismoratorium sind trotz des höheren Herstellerabschlags Preiserhöhung weiter möglich und nicht auszuschließen. Die Impfstoffpreise werden vom pharmazeutischen Hersteller festgelegt und unterliegen zurzeit keinerlei Preisregulierung wie andere Arzneimittel. So ist eben auch ein vollständiges Einpreisen dieses neuen Herstellerabschlags möglich. Das hieße, dass sogar denkbar wäre, trotz geltendem Abschlag, dass die Preise künftig auch weiterhin ungebremsst steigen. Angesichts der Ausgabenentwicklung sehen wir da mehrere Möglichkeiten. Wir brauchen ein Preismoratorium, einen umfassend wirksamen Herstellerabschlag für alle Impfstoffe und die Verhandlung von Erstattungsbeiträgen mit Preis- und Mengenregelung. Eine Wiedereinführung von Rabattverträgen wäre auch sinnvoll. Damit könnte man diesem dramatischen Preisanstieg, den wir haben, wirklich entgegenwirken. Ich hatte die Zahlen vorhin genannt. Das sind ein Faktor um 2,6 seit 2015. Jährlich war es im 5-Jahresmittel eine Steigerungsrate von 12,3 Prozent gewesen. Deshalb würden wir sehr dazu raten, ein Preismoratorium mit hinzuzuziehen.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe

eine Frage an den Bundesverband der pharmazeutischen Industrie. Der Gesetzentwurf sieht erhebliche Ausgabenbegrenzung bei den unterschiedlichen Leistungserbringern vor, auch für die Pharmaindustrie. Sie haben in Ihrer Stellungnahme deutlich gemacht, dass Sie durch eine sinkende Attraktivität des Standorts Deutschland für Investitionen befürchten. Nun plant die Bundesregierung den Beschluss einer weiterentwickelten Pharmastrategie für den Herbst 2026. Welche zentralen Maßnahmen sollten aus Ihrer Sicht darin enthalten sein, um die Versorgungssicherheit für den Pharmastandort Deutschland zu stärken?

Die **Vorsitzende**: Herr Schütze, bitte.

Sebastian Schütze (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI)): Ich habe keine finanziellen Interessen. Grundsätzlich muss man sagen, dass das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in dem Punkt an der falschen Stelle ansetzt. Das Ziel ist richtig, die GKV-Beiträge zu stabilisieren. Aber es greift überproportional den Arzneimittelsektor an, obwohl die pharmazeutische Industrie bereits heute erhebliche Sparbeiträge leistet. Darauf möchte ich auf einige Vorredner eingehen, wo das angesprochen worden ist. Das sind derzeit bereits im Jahr 2025, 29 Milliarden Euro und mehr als 35 bestehende Preis- und Regulierungsinstrumente, die ineinandergreifen und die den Standort Deutschland zunehmend unattraktiv machen. Besonders problematisch ist dieser politische Widerspruch. Im Koalitionsvertrag soll die pharmazeutische Industrie als Leit- und Schlüsselindustrie gestärkt werden. Der Pharmadialog wird fortgesetzt. Man möchte insbesondere den dazu nutzen, verlässliche Rahmenbedingungen für Forschung, Produktion und Versorgungssicherheit zu schaffen. Dieser Gesetzentwurf sendet zum Teil das gegenteilige Signal. Es gibt mehr Abschlüsse, mehr Preisdruck, mehr Rechtsunsicherheit und weniger Planbarkeit. Das ist ein erheblicher Faktor für Pharmaunternehmen, die internationale Entscheidungen treffen müssen - das sind nicht nur ausländische, das sind sehr oft auch deutsche Unternehmen.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Noch zuletzt eine Frage an Herrn Marc Nellen und an den Malteser Hilfsdienst: Welche Auswirkungen sehen



Sie durch die geplanten Maßnahmen für den Rettungsdienst in Deutschland? Welche alternativen Möglichkeiten der Ausgabenbegrenzung sehen Sie in diesem Bereich?

Die **Vorsitzende**: Herr Nellen, bitte und dann Herr Weber. Die Zeit ist gleich um.

Marc Nellen (Deutsches Rotes Kreuz): Auch ich melde keine Interessenkonflikte an. Rettungsdienst muss da sein, wenn er gebraucht wird. Das heißt, entscheidend für die Finanzierung des Rettungsdienstes ist immer eine auskömmliche Vorhaltung. Vor dem Hintergrund sehen wir es als ausgesprochen kritisch, dass auch bei der Finanzierung des Rettungsdienstes künftig abgestellt wird. Das kritisieren wir massiv, weil das Vorhalten durchaus in Frage steht. Der zweite Punkt, der für uns wichtig ist: Wir müssen darauf achten, dass wir die Regelungen, die jetzt im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sind, wirklich kongruent sind mit den Regelungen zur Reform des Rettungsdienstes. Auch da ist aus unserer Sicht noch einiges an Anpassungsbedarf. Das läuft im Moment nicht logisch zusammen.

Frank Weber (Malteser Hilfsdienst): Keine Interessenkonflikte. Das Gesetz ist in der Form, wie es jetzt vorliegt, geeignet, den Rettungsdienst in Deutschland zu destabilisieren. Einige der Argumente des Kollegen Nellen kann ich bestätigen. Mit Blick auf die Uhr würde ich noch sagen, dass es geboten ist, Rettungsdienst so auszugestalten, dass die notwendigen Kosten gedeckt werden.

Die **Vorsitzende**: Wir kommen zur AfD, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine Frage geht um die Reformempfehlung Nummer 40 der FKG. Das sind Orphan Drugs. Die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wir haben bei den Orphan Drugs folgende Problematik: Das betrifft 0,1 Prozent aller medikamentalen Verordnungen und auch 13 Prozent der Gesamtausgaben der Arzneikosten pro Jahr. Die FKG beschreibt das folgendermaßen: „Besonders gravierend ist die Kostendynamik in diesem Markt.“ Das bedeutet von 2015 auf 2024, wo die letzten Zahlen vorliegen, eine

Umsatzsteigerung von zwei Milliarden auf acht Milliarden Euro. Wie bewerten Sie die Entscheidung des Gesetzgebers, auf eine gezielte Steuerung der Orphan Drug-Kostenentwicklung zu verzichten und stattdessen allgemeine Instrumente wie den dynamischen Herstellerabschlag einzusetzen? Reichen diese Instrumente aus Ihrer Sicht aus, die überproportionale Ausgabendynamik bei Arzneimitteln für seltene Erkrankungen dauerhaft zu begrenzen, ohne den Marktzugang zu gefährden?

Die **Vorsitzende**: Herr Blatt, bitte.

Oliver Blatt (GKV-Spitzenverband): Wir halten es für sachgerecht, die Orphan Drugs so zu behandeln, also auch in den allgemeinen Regelungen, im dynamischen Herstellerabschlag, wenn er denn so kommt, einzubinden. Ab 30 Millionen Euro Umsatz werden sie sowieso auf Nutzen bewertet. Natürlich haben wir in diesem Bereich tatsächlich diesen Spagat, dass wir hier Menschen haben, die hoch betroffen sind und eben in der Zahl sehr gering sind. Deshalb ist es umso wichtiger, hier mit Augenmaß heranzugehen und eine Nutzenbewertung natürlich vorzunehmen ab einem gewissen Umsatz. Aber wir halten es insbesondere für richtig, die Regelungen, die für alle Arzneimitteln gelten auch hier zur Anwendung kommen zu lassen.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann geht noch einmal eine Nachfrage zum gleichen Thema an den AOK-Bundesverband. Kurze Vorbemerkung dazu: Das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kritisiert das Thema Orphan Drugs seit vielen, vielen Jahren und fragt immer wieder nach, wenn denn klar ist, dass mehr als 50 Prozent dieser Medikamente keinen Zusatznutzen nachweisen können, warum dann trotzdem in dieser Größenordnung und relativ regelungsfrei die Kosten hierfür bezahlt werden und ob es nicht nötig wäre, hier irgendwie auch einzugreifen?

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

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Wir würden schon unterstützen, die Empfehlung der FKG, die Privilegierung der Orphan Drugs zu streichen, weil sie, das haben wir dargestellt, einen sehr



erheblichen Anteil ausmachen und bei der Zulassung ein Nutzen unterstellt wird, was in vielen Fällen nicht der Fall ist. Von daher braucht es da schon eine neue Regelung.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann würde ich gerne noch den vdek hierzu hören, ob er auch eher auf Seiten des GKV-Spitzenverbandes steht?

Die **Vorsitzende**: Frau Elsner, bitte.

Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen (vdek)): Ich schließe mich den Ausführungen von Frau Dr. Reimann vollständig an. Auch wir halten es für wichtig, dass für Orphan Drugs das gleiche Regelwerk gilt. Orphan Drugs sind zwar nur von der Menge ein kleiner Anteil, aber eben von den Ausgaben sehr erheblich. Von daher ist es angebracht, dass wir dort auch zu einer Nutzenbewertung kommen.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielleicht noch der BKK Dachverband dazu?

Die **Vorsitzende**: Frau Klemm, bitte.

Anne-Kathrin Klemm (BKK Dachverband) Ich kann mich vollumfänglich dem anschließen, was die Kolleginnen gerade gesagt haben.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann gerne noch mal der GKV-Spitzenverband. Warum sehen das die anderen so anders als Sie? Ich kann mich erinnern. Wir hatten auch schon einmal das Vergnügen im Fachgespräch. Da waren Sie auch auf der gleichen Position. Damals ging es um etwa drei und jetzt sind wir bei vier Milliarden Euro im Jahr, die eventuell nicht sinnvoll ausgegeben werden. Deswegen noch einmal die Nachfrage: Warum haben Sie jetzt kein Interesse, das Thema Orphan Drugs vielleicht noch etwas konkreter zu bewerten und dafür zu sorgen, dass wirklich die Kosten, die ausgegeben werden, auch entsprechend am Ende positiv bei den Patienten ankommen?

Die **Vorsitzende**: Herr Blatt, bitte.

Oliver Blatt (GKV-Spitzenverband): Ich hatte mich jetzt gar nicht so groß im Widerspruch zu den anderen gesehen bei dem Thema, insbesondere beim Thema Nutzenbewertung. Im Grunde war die Aussage, Orphan Drugs dann im Grunde gleich zu behandeln wie alle anderen Arzneimittel. Insofern sah ich da jetzt keinen so großen Widerspruch zu den anderen Vertreterinnen der GKV.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Gut, dann lassen wir dieses Thema sein und gehen zum nächsten Thema. Meine Frage geht an die Allianz kommunaler Großkrankenhäuser. Mit dem Gesetz werden die DRG-Kurzzeitfallpauschalen eingeführt, um Potenziale der Ambulantisierung zu erschließen. Wie realistisch sind die unterstellten Einsparpotenziale, wenn gleichzeitig der Grundlohndeckel Investitionen in ambulante Strukturen der Krankenhäuser begrenzt? Droht eine strukturelle Unterfinanzierung kommunaler Großkrankenhäuser?

Die **Vorsitzende**: Herr Dehne ist gerade nicht online dabei. Wir versuchen ihn zu erreichen. Fragen Sie bitte weiter.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Berufsverband der Deutschen Dermatologen. Der Gesetzentwurf streicht die extra-budgetäre Vergütung bei der offenen Sprechstunde sowie Zuschläge für einen zeitnahen Behandlungsbeginn nach Terminvermittlung. Welche konkreten Auswirkungen erwarten Sie für die Versorgungssteuerung bei dermatologischen Erkrankungen insbesondere bei der frühzeitigen Erkennung von Hautkarzinomen?

Die **Vorsitzende**: Frau Bandholz, bitte.

Thyra Caroline Bandholz (Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)): Sie sprechen zwei Themen an. Zum einen die offene Sprechstunde, die Akutversorgung von Patienten, in der sich natürlich auch Patienten mit Verdacht auf Hautkrebs vorstellen. Das andere ist das gesetzliche Hautkrebscreening, zu dem Patienten ab 35 Jahren und auch in Sonderverträgen jüngere Patienten eingeladen sind, ohne einen konkreten Verdacht, sondern zur Vorsorgeuntersuchung und auch zur



Präventivberatung. Wir sehen ein großes Problem bei der Einschränkung der offenen Sprechstunden, um Patienten, die akut auffällig werden, die das selbst entdecken oder die auch bei den Hausärzten entdeckt werden, zeitnah zu versorgen. Eine Streichung der Vergütung dieser Sprechstunden stellt ein extremes Problem in der Versorgung Hauterkrankter dar. Das Thema Hautkrebs steht sicherlich noch auf einem anderen Blatt, aber auch das sehen wir kritisch. Diese sinnvolle und auch kostenreduzierende Maßnahme, nicht nur den schwarzen Hautkrebs, sondern auch den hellen Hautkrebs früh zu entdecken und in kleinen Formen frühzeitig operativ in den Praxen ambulant zu versorgen, ist ein großes Problem.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ich frage noch mal den BKK Dachverband. Das Gesetz koppelt die Verwaltungskosten der Krankenkassen je Versicherten an die Einnahmeentwicklung der GKV. Wie sehen Sie die Umsetzbarkeit dieser Deckelung angesichts gestiegener Tarifabschlüsse im öffentlichen Dienst sowie wachsender IT-Sicherheits- und Digitalisierungsanforderungen, die strukturell höhere Verwaltungsausgaben erfordern?

Die **Vorsitzende**: Frau Klemm, bitte.

Anne-Kathrin Klemm (BKK Dachverband) Auf jeden Fall wird der Verwaltungskostendeckel, der jetzt hier vorgesehen ist in dem Gesetzentwurf, die Krankenkassen vor eine große Herausforderung stellen. Insbesondere die von Ihnen angesprochenen Punkte wie auch Investitionen in Digitalisierung werden eine Herausforderung sein, woher sie das Geld nehmen. Insofern ist das kritisch. Wir sprechen uns sehr dafür aus, dass es insofern auch weitere Ausnahmetatbestände gibt, um hier die Investitionen, die notwendig sind, seitens der Krankenkassen trotzdem auch durchführen zu können.

Die **Vorsitzende**: Herr Ziegler, Herr Dehne ist jetzt am Platz. Sie können die Frage noch mal stellen.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Mit dem Gesetz werden die DRG-Kurzzeitfallpauschalen eingeführt, um Potenziale der Ambulantisierung zu erschließen. Wie realistisch sind die unterstellten

Einsparpotenziale, wenn gleichzeitig der Grundlohndeckel Investitionen in ambulante Strukturen der Krankenhäuser begrenzt? Droht eine strukturelle Unterfinanzierung kommunaler Großkrankenhäuser?

Die **Vorsitzende**: Herr Dehne, bitte.

Nils Dehne (Allianz Kommunalen Großkrankenhäuser (AKG)): Kein Interessenskonflikte. Grundsätzlich geht die Systematik der Kurzfallpauschalen in die richtige Richtung. Sie fördern die Ambulantisierung schrittweise systemkonform ohne große Vergütungsabschläge, so wie das aktuell bei den Hybrid-DRGs der Fall ist. Insofern sehe ich das Risiko einer strukturellen Unterfinanzierung an der Stelle nicht, weil sie eben aus dem System heraus anreizkonform eine schrittweise Ambulantisierung ermöglichen.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann geht meine nächste Frage an die Bundespsychotherapeutenkammer. Mit der Streichung der Kurzzeittherapiezuschläge und der Bindung des Orientierungswertes an die Grundlohnrate werden psychotherapeutische Vergütungen faktisch eingefroren. Wie soll unter diesen Bedingungen die bereits heute eklatante Unterversorgung mit ambulanter Psychotherapie verbessert werden und drohen Niederlassungshindernisse für junge Psychotherapeuten?

Die **Vorsitzende**: Herr Melcop, bitte.

Nikolaus Melcop (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Keine Interessenskonflikte. Das ist in der Tat ein sehr wichtiges Thema, insbesondere die geplante Budgetierung der psychotherapeutischen Leistungen wird leider erheblich negative Auswirkungen auf die Versorgung haben und wird zu längeren Wartezeiten führen, weil in der Folge die KVen Budgetierungen nach unten weitergeben müssen, insbesondere an die halben Praxissitze. Dazu kommen noch die erwähnten strukturellen Schlechtstellungen durch Generalkürzungen und Abschläge bei der Kurzzeitpsychotherapie. Insgesamt muss man mit einer deutlichen Verschlechterung rechnen und auch mit Hemmnissen für Niederlassungen, aber auch mit erheblichen negativen



Kosten für die Gesamtgesellschaft - Stichworte zunehmende AU-Zeiten, zunehmende Frühberentungen, aber auch indirekt Produktivitätsausfälle. Insofern ist die Gesamtbilanz dieser leider doch sehr geringen kostensparenden Maßnahmen deutlich negativ und wir bitten dringend um eine Korrektur.

Die **Vorsitzende**: Die restlichen drei Minuten kommen in die nächste Runde. Dann wäre jetzt die SPD an der Reihe. Bitteschön.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an den BDA, an ver.di und an den DGB. Der Gesetzentwurf sieht die Einführung einer Teil-Arbeitsunfähigkeit (AU) vor. Wie bewerten Sie diese Maßnahmen? Haben Sie noch Hinweise für uns?

Die **Vorsitzende**: Frau Wagenmann, bitte.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Wir empfehlen, die Teil-AU zunächst zurückzustellen, da noch unklar ist, wie sich das auf die betriebliche Praxis auswirken wird. Es ist unklar, welche arbeitsrechtlichen Fragestellungen damit noch einhergehen und wie die Wirkung auf die Beschäftigung tatsächlich sein wird. Es ist aber ganz klar, dass hier ein hoher bürokratischer Aufwand auf die Unternehmen und Betriebe zukommt. Sollte man trotzdem an dieser Teil-AU festhalten, dann kann sie keinesfalls zum 1. Januar 2027 eingeführt werden. Das halten wir umsetzungstechnisch nicht für möglich in der betrieblichen Praxis. Die Arbeitgeber in Form der BDA wären aus unserer Sicht analog zu § 28a SGB IV anzuhören bei der Festlegung der Grundsätze und auch bei der Festlegung der Richtlinie im G-BA, damit die betriebliche Praxis berücksichtigt werden kann.

Die **Vorsitzende**: Nun Herr Hofmann und dann Frau Bühler, bitte.

Markus Hofmann (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Es würde mich nicht wirklich wundern, dass ich mich, in Teilen zumindest, der BDA anschließen kann, dass die Maßnahme mit erheblichen Unwirkbarkeiten verbunden ist, die

Rechtsunsicherheiten mit sich bringt und nicht ohne Weiteres am 1. Januar 2027 eingeführt werden kann. Wir sagen darüber hinaus, dass eine Teil-AU aus unserer Sicht nicht vonnöten ist, weil wenn es um die Wiedereingliederung von Menschen mit Beeinträchtigungen und von erkrankten Mitarbeitern und Mitarbeitenden geht, dann haben wir heute schon die betriebliche Wiedereingliederung. Die kann ab dem ersten Tag der AU schon angestrebt werden und basiert auf reiner Freiwilligkeit. Wir haben darüber hinaus nicht die optimalen Voraussetzungen, die die FKG für diese Maßnahme unterstellt hat. Es braucht auch eine umfangreiche Anzahl an Betriebsärzten, die in irgendeiner Weise auch Aussage treffen müssten, welche gesundheitlichen Gefährdungen, Belastungen von einer ganz konkreten Tätigkeit im Betrieb ausgehen. Das ist alles nicht vorhanden, geschweige denn, dass Allgemeinärzte, Hausärzte in der Lage wären, die Belastungen durch die Tätigkeit für den einzelnen Betroffenen richtig einzuschätzen. Vor dem Hintergrund sagen wir klar, dass so viel Unwägbarkeiten und Unsicherheiten, insbesondere für Beschäftigte und teilweise auch für die Betriebe damit einhergehen, dass man das nicht umsetzen kann. Es stellen sich darüber hinaus Haftungsfragen. Es stellen sich Fragen, was dann mit einer Lohnfortzahlung, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bei Teil-AU wäre. Das geht ein bisschen in die Frage, wie bestimmte Teilschuldverhältnisse zu regeln wären. Das ist mit derart vielen Fragen behaftet und bringt am Ende des Tages für Beschäftigte als auch Betriebe mehr Aufwand und wahrscheinlich mehr Kosten, sodass man von dieser Maßnahme Abstand nehmen sollte.

Sylvia Bühler (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ich kann mich meinen Vorrednern nur anschließen. Diese Teil-AU halten wir für absolut lebensfremd. Tatsächlich müssten sich die Ärztinnen und Ärzte konkret mit der jeweiligen Arbeitssituation auseinandersetzen und dann entscheiden, welche Arbeiten noch übernommen werden können. Insofern kann ich mich nur anschließen: Diese Maßnahme sollte man nicht weiterverfolgen.

Die **Vorsitzende**: Kollege Schwartze, bitte.



Abg. **Stefan Schwartz** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesvereinigung der Psychotherapeuten. Wir erleben einen deutlichen Anstieg der Zahlen bei Kindern und Jugendlichen. Wir haben in den letzten 20 Jahren nahezu eine Verdreifachung der AU-Tage in diesem Bereich erlebt. Wir erleben, dass bei 40 Prozent der Menschen, die in die Frühverrentung gehen, psychische Erkrankungen die Ursache sind. Wie bewerten Sie die Maßnahmen in diesem Gesetz für die weitere Versorgungssituation für die betroffenen Patientinnen und Patienten und welche Vorschläge haben Sie, um die Gesamtversorgung sicherzustellen?

Die **Vorsitzende**: Herr Heinicke, bitte.

Mathias Heinicke (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)): Ich bin niedergelassener Psychotherapeut, deshalb beruflich betroffen, ansonsten keine Interessenkonflikte. Ja, wir haben ein großes Problem, wenn mit den geplanten Maßnahmen der Zugang zur psychotherapeutischen Sprechstunde und zur Diagnostik eingegrenzt werden soll. Dann werden wir immer weniger Menschen psychotherapeutisch versorgt bekommen. Insofern bitten wir hier noch mal von der Budgetierung abzusehen, diese Leistungen nicht zu rebudgetieren, damit wir weiterhin unsere Patientinnen und Patienten niederschwellig voll versorgen können. Mit dieser Sparmaßnahme wird das gesteuert. Wir können da schon effektiv sagen, brauchen die Patientinnen und Patienten eine weiterführende Behandlung, eine Beratung, Kurzzeittherapie oder einen stationären Aufenthalt. Mit Wegfall diese Maßnahmen würden wir eine stärkere Chronifizierungen erleben. Wir würden höhere Langzeitarbeitslosigkeiten und Krankschreibungen erleben und damit höhere Folgekosten.

Die **Vorsitzende**: Kollege Yüksel, bitte.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Der Entwurf will bisher extrabudgetär vergütete Vorsorgeleistungen begrenzen und an die Grundlohnrate oder an die Einnahmeentwicklungen koppeln. Wie bewerten Sie die Gefahr, dass damit gerade solche Leistungen an Verlässlichkeit verlieren, die bisher einen

besonderen Anreiz für Prävention gesetzt haben?

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

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Selbstverständlich kritisieren wir diese Regelung, weil wir natürlich davon ausgehen, dass Vorsorgeleistungen auf diese Weise unter Umständen unterfinanziert sind oder zumindest nicht mehr in dem Umfang wahrgenommen werden könnten, weil das Angebot eingeschränkt werden könnte. Insofern, glaube ich, ist es ein falsches Signal. Dass man darüber nachdenkt, ob alles das, was an der Vorsorge heute gemacht wird, und an Vorsorgediagnostik stattfindet, tatsächlich den gewünschten Effekt hat, darüber darf man diskutieren. Das, glaube ich, ist durchaus diskussionswürdig. Aber die dann gefundenen und vielleicht auch evidenzmäßig tatsächlich nachgewiesenen wirksamen Leistungen sollte man auf jeden Fall extrabudgetär finanzieren.

Die **Vorsitzende**: Das Fragerecht geht nun wieder an BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Kollege Dr. Dahmen, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne die Aktion Psychisch Kranke für die Kollegin Kirsten Kappert-Gonther fragen wollen, die heute leider verhindert ist. Wir haben für den Bereich der Krankenhäuser heute bereits eindrücklich gehört welche verheerenden Auswirkungen dieses Gesetz für die somatische Versorgung hätte. Gibt es irgendwelche Hinweise darauf, dass für den Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung die Lage besser aussieht, dass sie weniger verheerend betroffen wären?

Die **Vorsitzende**: Frau Wenk-Wolff, bitte.

Celia Wenk-Wolff (Aktion Psychisch Kranke (APK)): Kein Interessenskonflikt. Alle Maßnahmen, die an der genannten Reduzierung ansetzen, treffen die Psych-Fächer, also Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik, überproportional – also auf keinen Fall Entwarnung. Achtzig Prozent der Gesamtkosten eines Krankenhauses



sind nämlich in diesen Fächern Personalkosten. Im Vergleich dazu in den somatischen Fächern sind 60 Prozent. Zusätzlich wird für die Psych-Fächer noch ein Rückzahlungsautomatismus eingeführt, der zu einer Absenkung des Budgets im Folgejahr führt. Was dabei nicht bedacht ist, dass es eine häufige Fallgestaltung ist, dass das vollständige Personalkostenbudget eingesetzt wird, aber aufgrund höherer Personalkosten weniger Vollkräfte beschäftigt werden. Dann müssen wir noch berücksichtigen, dass wir hier eine Doppelsanktionierung haben würden, weil nämlich es die starren Personalvorgaben für alle am Patienten tätigen Berufsgruppen gibt, nicht nur in der Pflege für die Psych-Fächer, die seit diesem Jahr mit erheblichen Strafzahlungen belegt sind, wenn die Vorgaben um zehn Prozent verfehlt werden. Zusammen mit dieser Rückzahlung ist es dann eine entsprechende Doppelsanktionierung. Das ist absolut unverhältnismäßig für einen Bereich, der ohnehin sehr unter dem Fachkräftemangel leidet. Das wird dramatische Folgen für die Pflichtversorgung haben. Wir erleben jetzt schon Einschränkungen der Patientenversorgung durch die Sanktionierung der PPP-RL, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit entsprechend zunehmenden Wartezeiten für die, die noch kein Notfall sind.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage die BAG SELBSTHILFE. Welche Auswirkungen dieses Gesetzes speziell in Bezug auf die Patientensicherheit und mögliche Behandlungsfehler erwarten Sie?

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

Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)): Es wurde schon angesprochen, dass die Maßnahmen durchaus zu einer Verringerung der Anzahl der Pflegekräfte führen können und das dann leider unter Umständen auch direkte Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben kann. Es gibt viele Studien, die zeigen, je besser die Personalausstattung und Qualifikation und Arbeitsumgebung von Pflegefachkräften ist, desto sicherer sind Patientinnen und Patienten. Umgekehrt erhöhen Unterbesetzung, Überlastung und

Burnout das Risiko für Komplikationen von Patienten, Behandlungsfehler und Sterblichkeit. Insofern ist das schon auch ein Punkt, der uns Sorge bereitet, dass aufgrund der Maßnahmen des Gesetzes unter Umständen auch die Patientensicherheit leiden kann.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde die BDA gerne fragen. Wir haben eben in einer sehr länglichen Fragerunde aus den Koalitionsfraktionen gehört, wie scharf getroffen die Pharmaindustrie durch diese Gesetzgebung ist. Finden Sie es sachgerecht, mit Mitteln der Beitragsgemeinschaft Wirtschaftsförderung und Forschungsförderung zu betreiben? Welche Auswirkungen hat das auf die Lohnnebenkosten in Deutschland für die übrigen Teile der Wirtschaft?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Wagenmann, bitte.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Aus unserer Sicht ist tatsächlich, wenn man Standort- und Wirtschaftsförderung betreibt, das eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss wie alle anderen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben auch, sprich Bürgergeldbeziehende, sprich sonstige Aufgaben, die der Staat überträgt, aus Steuermitteln finanziert werden. Soweit man also hier Standort- und Wirtschaftsförderung macht, wäre das korrekterweise aus Steuermitteln zu finanzieren und sollte nicht den Beitragszahlenden aufgebürdet werden.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich stelle die nächste Frage Prof. Dr. Karagiannidis. Wir haben jetzt viel über Kürzungen und Sparen gesprochen. Aber eine Maßnahme, die auch die FKG vorschlägt, kam fast noch überhaupt nicht zu Wort heute. Das sind die Präventionsmaßnahmen der Lenkungssteuern. Wie schätzen Sie das ein? Wie bedauerlich ist es, dass in diesem Gesetzesentwurf keine konkreten Präventionsmaßnahmen enthalten sind? Wie schnell würden Präventionsmaßnahmen auch helfen, um Kosten und menschliches Leid einzusparen?

Die **Vorsitzende**: Professor Karagiannidis, bitte.



Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Man gewinnt fast den Eindruck, dass Prävention so langsam zum Stiefkind der deutschen Gesundheitspolitik wird, obwohl die Datenlage wirklich erschreckend gut ist. Bei der Tabaksteuer wissen wir, wenn wir sie schlagartig deutlich erhöhen, dann hat sie eine echte Wirksamkeit. Das ist keineswegs so, dass die Wirksamkeit erst nach Jahren eintritt, sondern man sieht gerade bei der COPD [chronisch obstruktive Lungenerkrankung] schon innerhalb von Wochen eine Verbesserung der Lungenfunktion. Wir haben eine exzellente Datenlage, was die Zuckersteuer betrifft, die man besser Steuer auf zuckerhaltige Getränke nennt, aus Großbritannien. Wenn man es nach englischem Vorbild mit dieser zweistufigen Steuer macht, dann sieht man, dass der Zuckergehalt der Getränke um etwa 50 Prozent sinkt. In England hat aber gleichzeitig der Konsum zugenommen, das heißt keine negativen Effekte auf die Wirtschaft. Der Body-Mass-Index bei den Kindern, gerade in gesellschaftlich schwierigen Schichten, ist zurückgegangen und die kariesbedingten Zahnextraktionen. Das heißt eine absolute Win-Win-Win-Situation, sodass es zielführend würde, zumindest die beiden Steuern sehr schnell einzuführen.

Die **Vorsitzende**: Nun fragt Die Linke, Frau Schötz.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Meine Frage richtet sich an die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV). Die Psychotherapeuten sollen in die kassenärztliche Budgetierung zurück und damit auch Teil der Verteilungskämpfe innerhalb der KVen werden. Wie werden diese Kämpfe nach Ihrer Einschätzung ausgehen? Was bedeutet das für die Versorgung der Patientinnen und Patienten?

Die **Vorsitzende**: Herr Maaß, bitte.

Dr. Enno Maaß (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)): Keine Interessenskonflikte. Die psychotherapeutischen Leistungen sind zum Großteil seit 2013 extrabudgetär vergütet, und das auch aus gutem Grund. Wenn man auf die Verteilungskämpfe vor 2013 zurückschaut, dann sieht man da erhebliche Konflikte im fachärztlichen Bereich. Mit dem Ergebnis, dass die KBV zusammen mit dem GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss

regelmäßig zu Ungunsten der psychotherapeutischen Leistungen entschieden haben, mit der Folge, dass jahrelang vor dem Bundessozialgericht nachträgliches Honorar erklagt werden musste. Das ist erst nachträglich der Versorgung zugutegekommen und hat in der Zwischenzeit zu massiven Versorgungsproblemen geführt. Die sind jetzt auch wieder zu erwarten, wenn die psychotherapeutischen Leistungen nicht extrabudgetär gestellt bleiben. Deswegen fordern wir unbedingt § 87 d SGB V um den Spiegelstrich 5 zu erweitern, wonach alle psychotherapeutischen Leistungen nach § 28 SGB V und der neuropsychologischen Therapie extrabudgetär gestellt werden. Nur so kriegen wir das tatsächlich vernünftig auf die Reihe, dass wir nicht massive Versorgungseinbrüche haben. Das sind keine Luxusprobleme der Psychotherapeuten, was die Vergütung angeht, sondern das sind massive Einschnitte in die ambulante Versorgung.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Ich frage weiter die DPtV. Was bedeutet die Streichung der Kurztherapiezuschläge kurzfristig für die Praxen, die sich auf die bisher geltende Rechtslage eingestellt haben?

Dr. Enno Maaß (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)): Diese Kurzzeittherapiezuschläge sind 2020 eingeführt worden vom Gesetzgeber, um die Aufnahmekapazitäten in die psychotherapeutischen Praxen zu erhöhen. Wir kennen alle die Daten zu den massiven Wartezeitproblemen in der psychotherapeutischen Versorgung. Herr Melcop hat es gerade schon gesagt und Herr Heinicke, dass die Frühberentungen, die AU-Zeiten, wirklich ins Bodenlose steigen. Etwas, was sechs Jahre gut funktioniert hat, wird nun vom Gesetzgeber zurückgedreht. Die Kurzzeittherapien führen dazu, dass schnell und zeitnah versorgt wird. Das Zurückdrehen wird im Übrigen auch noch zukünftig verhindern, dass jemals wieder Kurzzeittherapiezuschläge eingeführt werden, das ist wirklich ein völliger Fehlanreiz für die ambulante Versorgung, die wirklich unter Limit-Problemen derzeit zu kämpfen hat und unter steigendem Bedarf.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Ich hätte noch eine Frage an den Deutschen Berufsverband Rettungsdienst. Mit der Notfallreform soll der Versorgungsauftrag im Rettungsdienst durch die Aufnahme ins



SGB V ausgeweitet werden. Gleichzeitig sieht das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vor, mögliche Vergütungssteigerungen im Rettungsdienst auf die Grundlohnrate und sogar mit einer zusätzlichen Minderung von einem Prozentpunkt zu deckeln. Wie schätzen Sie die Folgen dieser Deckelung für die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität im Rettungsdienst ein?

Die **Vorsitzende**: Herr Flake, bitte.

Frank Flake (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): Keine Interessenskonflikte. Die geplante Deckelung der Vergütungsstrukturen auf die Grundlohnrate und 2027 sogar auf die Grundlohnrate minus einen Prozentpunkt steht aus unserer Sicht im direkten Widerspruch zur geplanten Ausweitung des Versorgungsauftrags des Rettungsdienstes im Rahmen der Notfallreform. Die tatsächlichen Kostensteigerungen, insbesondere für Personal, werden damit nicht mehr refinanziert. Klassische Leistungserbringer drohen in die Insolvenz zu rutschen beziehungsweise ihre Beauftragung zu kündigen, weil sie natürlich gar kein Geld mitbringen können, um den Rettungsdienst auszuführen.

Die **Vorsitzende**: Wir kommen jetzt zum letzten Fragenblock. Es beginnt die AfD. Bitteschön.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine Frage geht an den Deutschen Landkreistag (DLT). Das Gesetz treibt die Ambulantisierung und Schließung unrentabler Krankenhäuser voran. Wie bewerten Sie die Versorgungssicherheit im ländlichen Raum, wenn kommunale Krankenhäuser durch den Grundlohndeckel und den Wegfall von Sondervergütungen wirtschaftlich nicht mehr tragfähig sind? Welche Rolle sehen Sie für die Landkreise bei der Sicherstellung der Grundversorgung?

Jörg Freese (Deutscher Landkreistag (DLT)): Keine Interessenskonflikte. Die Rolle der Landkreise ist klar. Wir sind Träger des Sicherstellungsauftrags. Das heißt also, wenn ein Krankenhaus in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft nicht mehr betrieben werden kann oder soll oder darf, dann müssen wir einspringen im Rahmen dessen, was die Länder für bedarfsnotwendig halten. Das

können wir dann noch gestalten. Bei eigenen Krankenhäusern müssen wir den Betrieb sicherstellen, auch wenn es über Jahre hinweg Defizite gibt. Eine Krankenhausreform an sich wird nicht bestritten, die ist notwendig und dringend. Aber in dieser Art, nämlich Defizite aufsammeln und ein defizitäres System zu reformieren, das führt zu planwidrigen Schließungen und die führen zu erheblichen Versorgungsschwierigkeiten schon jetzt im ländlichen Raum. Das dürfte sich auch weiter fortsetzen, wenn da nicht eine Umkehr stattfindet.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Noch eine Nachfrage dazu. Viele Landkreise haben erhebliche finanzielle Probleme in ihren Haushalten. Wo soll das Geld herkommen, um diese Leistungen, die Sie jetzt gerade beschrieben haben, überhaupt zu finanzieren? Ich sehe das gerade sehr als schwierig, auch in der Region, wo ich herkomme. Haben Sie eine Idee, wo diese Millionen, und es sind ja meistens mehrere Millionen pro Jahr, die für ein Krankenhaus aufgebraucht werden, um es zu stützen, herkommen?

Jörg Freese (Deutscher Landkreistag (DLT)): Bis jetzt ist es den Landkreisen gelungen. Aber es ist richtig, die Situation wird immer schwieriger. Ich kann die Frage nicht beantworten. Die Defizitlage ist bekannt. Wir sind in diesem Jahr wahrscheinlich inzwischen bei 32 Milliarden Euro Defizit. Es ist erkennbar, dass zusätzliche Stützungsleistungen dauerhaft nicht finanziert werden können.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann hätte ich noch eine Frage an die Bundeszahnärztekammer. Das Gesetz sieht eine Reduzierung der Festzuschüsse für Zahnersatz vor. Wie beurteilen Sie die Konsequenzen dieser Kürzung für die Mundgesundheit von Patienten mit geringem Einkommen? Droht eine Verschiebung hin zu minderwertigen Standardversorgung mit langfristig höheren GKV-Kosten durch Folgebehandlung?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Ermler, bitte.

Dr. Romy Ermler (Bundeszahnärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern (BZÄK)): Keine Interessenskonflikte. Was uns an diesem Gesetzentwurf am meisten stört und was



auch das größte Problem für die Behandlung und für die Patienten betrifft, ist der Fachzahnarztvorbehalt. Wir haben jetzt schon qualifiziert fortgebildete Zahnärztinnen und Zahnärzten, die die Versorgung erbringen. Sollte der Fachzahnarztvorbehalt weiter bestehen bleiben, führt es zu einer Einschränkung in der Versorgung. Ungefähr eine Million Kinder und Jugendliche werden nicht mehr versorgt, was dann im Prinzip zu einem Kürzen der Leistungen aufgrund von mangelndem Angebot führen wird.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Die letzten fünf Minuten gehen an die CDU/CSU-Fraktion. Kollegin Zeulner, bitte.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an den G-BA, an Herrn Professor Hecken, der heute seine letzte Sitzung mit uns hat, was wir alle sehr bedauern. Sie haben einen guten Vorschlag gebracht, wie wir zum einen die psychotherapeutische Versorgung für schwere Betroffene ins Lot bringen und gleichzeitig auf die Interessen der Psychotherapeuten eingehen können, dass die Sitze mit halbem Versorgungsauftrag, dass wir eine Antwort geben können, die keine Einschränkungen in der Versorgung verursachen, wenn wir das miteinander zusammenbringen. Können Sie den Vorschlag noch mal kurz skizzieren?

Prof. Dr. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wir hatten vor drei Wochen in der Anhörung darüber gesprochen. Der Vorschlag, der selbstverständlich davon ausgeht, dass es keine Einbeziehung der psychotherapeutischen Versorgung in das allgemeine ärztliche Budget gibt, weil damit dann auch eine Deckelung ganz normal verbunden wäre, der also aus der Zeit vor diesem Gesetzentwurf resultiert, hat vorgesehen, dass wir die Praxis, die heute stattfindet, nämlich dass die Wahrnehmung hälftiger Versorgungsaufträge, die eigentlich nur bis zu 18 Stunden abgerechnet werden könnten, heute im Mittel aber mit 30 Prozent mehr abgerechnet werden - dass diese Abrechnungsmöglichkeit auf 30 Stunden, also faktisch als komplette Versorgungssitze, ermöglicht wird. Daraus resultieren 500 volle Sitze, wenn man es auf Köpfe umrechnet. Es soll aber nur dann noch vergütet werden, wenn nachgewiesen wird, dass hier

in diesem Zeitbudget Patientinnen und Patienten mit Diagnosen, die eine schwerere Erkrankung ausweisen, auch behandelt werden, damit eben nicht möglicherweise Befindlichkeitsstörungen in dem ganz normalen Grundrauschen behandelt werden und die Schwererkrankten nach wie vor auf die Behandlung warten. Wie gesagt: 500 Köpfe haben wir mehr, 500 Köpfe, die volle Versorgungsanteile erbringen, obwohl sie nur als halbe Sitze zählen. Keine Veränderung bei den Wartezeiten, keine Verschlechterung bei den Wartezeiten für Schwererkrankte - das halte ich nicht mehr für hinnehmbar. Deshalb wäre das das Minimum, was passieren müsste, um die Finanzmittel dort zu allokalieren, wo sie auch gebraucht werden.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Ich frage den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband und den Katholischen Krankenhausverband Deutschland und bitte um kurze Antwort. Sie haben eine besondere Herausforderung, weil Sie frei gemeinnützig sind und nicht eine Kommune als Rücklage nutzen können. Deswegen bitte ich um Ihre Einschätzung, was Sie brauchen, um ungesteuerte Schließungen von Standorten zu verhindern.

Die **Vorsitzende**: Zunächst Herr Radbruch und dann Frau Rummelin. Bitteschön.

Christoph Radbruch (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)): Keine Interessenskonflikte. Es gibt nicht das frei gemeinnützige Krankenhaus. Wir haben Verbundkrankenhäuser - einzelne Krankenhäuser im ländlichen Bereich und hoch spezialisierte Häuser in Ballungsgebieten. Wir haben Krankenhäuser, die für die ganze Region zuständig sind und im Prinzip die Grundversorgung machen. Was die frei gemeinnützigen Krankenhäuser eint, ist, dass sie Defizite eben nicht wie die kommunalen und die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser durch Steuergelder ausgeglichen bekommen und dass die wirtschaftlichen Fehlentwicklungen deswegen sehr schnell auf sie durchschlagen. Wir brauchen aber nichts anderes wie alle Häuser auch. Nämlich wir brauchen, wenn die Krankenhausumstrukturierung, die ja geplant ist, mit Leistungsveränderungen usw. planmäßig passieren soll, die Freiheit, auch wirtschaftlich agieren zu können. Und das heißt nicht nur Bürokratieabbau, sondern



Deregulierung, damit wir wirtschaftlich und unternehmerisch dann auch die Begrenzung der Erlöse auffangen können.

Bernadette Rümmelin (Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKVD)): Keine Interessenskonflikte. Ich möchte jetzt nur noch ergänzen wegen der Kürze der Zeit: Ich schließe mich vollumfänglich den Ausführungen von meinem evangelischen Kollegen an. Ergänzen möchte ich nur, dass wir komplett tarifgebunden sind. Deshalb ist für uns eine klare Forderung: Bei bestehendem Tariftreugesetz kann man nicht die Refinanzierung der Tariftlöhne absenken und dauerhaft nur noch teilrefinanzieren, sondern für uns ist eine ganz starke Notwendigkeit gegeben, wenn wir weiterhin unser Versorgungsangebot aufrechterhalten wollen, dass wir eine hundertprozentige Tarifrefinanzierung in den Krankenhauspreis wiederfinden. Wenn das nicht passiert, dann droht ein ganz schneller Personalabbau, vor allem in den personalintensiven Bereichen. Das sind für uns sehr stark unsere Fächer im Bereich Pädiatrie, Palliativmedizin, als auch im Bereich der geriatrischen Versorgung, wo wir als konfessionelle Träger einen großen Marktanteil haben. Hier würden dann maßgebliche Leistungskürzungen auf die Patienten und Patienten zukommen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank an alle, dass Sie uns hier heute so ausführlich Rede und Antwort gestanden haben. Kollegin Zeulner hat es mir schon vorweggenommen: Ich wollte mich ganz besonders noch mal für die Teilnahme bei Ihnen, Herr Prof. Hecken, bedanken. Ich gehe davon aus, dass es Ihre letzte Anhörung in diesem Hause war und in dieser Funktion. Mit Sicherheit werden Sie vielleicht auch irgendwann noch mal oben auf der Tribüne sitzen und dann schauen, was wir hier unten so treiben. Ich weiß nicht, ob Sie gezählt haben, wie viele Anhörungen Sie in diesem Hause hier begleitet haben und in wie vielen Anhörungen Sie als Sachverständiger zur Verfügung gestanden haben. Ich möchte mich und darf mich, glaube ich, im Namen des gesamten Ausschusses sehr herzlich hier an dieser Stelle bedanken für Ihre Arbeit. Wir werden in dieser Woche noch einen kleinen Empfang, miteinander verbringen. Für Ihren Ruhestand wünschen wir Ihnen alles Gute! Wir beide haben es nicht so weit voneinander zu Hause. Wenn ich mal

wieder Rat brauche, komme ich mal bei Ihnen vorbei. Danke, dass Sie uns begleitet haben mit Ihrer Fachkompetenz und wirklich auch für Ihre vielen guten Vorschlägen, auf die wir vielleicht auch gar nicht so gekommen wären. Alles, alles Gute für Sie und Ihre Familie. An die anderen darf ich sagen; Wir werden uns mit Sicherheit in der einen oder anderen Runde wiedersehen. Auch darauf freue ich mich. Ich schließe die Anhörung.

Schluss der Sitzung: 16:59 Uhr

gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB
Vorsitzende