21. Wahlperiode

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll
der 58. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit
Berlin, den 7. Oktober 2026, 16:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Zoom-Meeting

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziger Tagesordnungspunkt **Seite 8**

a) Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Änderungsanträge 1-12 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Ausschussdrucksache 21(14)107

b) Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (21/6808)
-Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz-

Ausschussdrucksache 21(14)110

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

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

BT-Drucksache 21/1748

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Forschung, Technologie, Raumfahrt und Technikfolgenabschätzung
Haushaltsausschuss

Berichterstatter/in:
Abg. Dr. Hans Theiss [CDU/CSU]
Abg. Nicole Hess [AfD]
Abg. Dr. Tanja Machalet [SPD]
Abg. Dr. Janosch Dahmen [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]
Abg. Stella Merendino [Die Linke]

d) Antrag der Abgeordneten Claudia Weiss, Martin Sichert, Dr. Christina Baum und der Fraktion der AfD

Wiederherstellung wirksamer Länderkompetenzen bei Ausnahmen von Mindestmengen – Kliniken im ländlichen Raum erhalten

BT-Drucksache 21/6355

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Petitionsausschuss
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Arbeit und Soziales

Berichterstatter/in:
Abg. Dr. Hans Theiss [CDU/CSU]
Abg. Nicole Hess [AfD]
Abg. Dr. Tanja Machalet [SPD]
Abg. Dr. Janosch Dahmen [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]
Abg. Stella Merendino [Die Linke]

Mitglieder des Ausschusses

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

Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung: Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes am 7. Oktober 2026, 16:00 Uhr, Paul-Löbe-Haus, Saal E 300

Auf Vorschlag aller Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen:

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (online)
- Aktion Psychisch Kranke (APK) (online)
- Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG) (online)
- AOK-Bundesverband
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- BKK Dachverband (online)
- Bitkom (online)
- Bund Deutscher Cannabis-Patienten (BDCan) (online)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP) (Keine Rückmeldung)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) (Absage)
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) (online)
- Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg (online)
- Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) (online)

- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (online)
- Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA) (Keine Rückmeldung)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) (online)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (online)
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (online)
- Deutsche Stiftung für chronische Kranke (DScK) (Keine Rückmeldung)
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV) (online)
- Deutscher Hanfverband (online)
- Deutscher Landkreistag (DLT)
- Deutscher Städtetag (online)
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (Keine Rückmeldung)
- eurocom – European Manufacturers Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices
- Gemeinsamer Bundesauschuss (G-BA)
- GKV-Spitzenverband
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband (online)
- IKK – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen (online)
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (online)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (online)
- Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK) (Keine Rückmeldung)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKVD) (online)
- Medizinischer Dienst Bund (online)
- Pharma Deutschland

- Sozialverband Deutschland (SoVD)
- Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) (online)
- Spitzenverband digitale Gesundheitsversorgung (SVDGV) (online)
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (online)
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)
- Verband der Zytostatika herstellenden Apotheker (VZA) (online)
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) (online)
- Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH)
  Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke

Auf Vorschlag einzelner Fraktionen eingeladen:

- Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke)[1] (online)

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

Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

Beginn der Sitzung: 16:00 Uhr

Einziger Tagesordnungspunkt

a) Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsanträge 1-12 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Ausschussdrucksache 21(14)107

b) Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (21/6808) -Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz-

Ausschussdrucksache 21(14)110

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

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

BT-Drucksache 21/1748

d) Antrag der Abgeordneten Claudia Weiss, Martin Sichert, Dr. Christina Baum und der Fraktion der AfD

Wiederherstellung wirksamer Länderkompetenzen bei Ausnahmen von Mindestmengen – Kliniken im ländlichen Raum erhalten

BT-Drucksache 21/6355

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Einen schönen guten Nachmittag, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, sehr geehrte Frau Staatssekretärin Dr. Schenderlein. Ich darf Sie alle herzlich begrüßen zu unserer öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit, wie immer eine Mischung aus online und Präsenz. Diesmal ein bisschen mehr online, weil wir weniger Platz zur Verfügung hatten. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Zoom zugeschaltet sind, darum bitten, sich erstens mit ihrem Namen anzumelden, damit wir nachvollziehen können, wer in der Schalte ist und zum Zweiten, dass Sie zunächst Ihre Mikrofone stumm schalten, damit wir hier keine ungewollten Geräusche hören.
Sehr geehrte Damen und Herren, in der heutigen Anhörung geht es um die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD zur Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes und gegebenenfalls weiterer Gesetze auf Ausschussdrucksache 21(14)107 und um den Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf der Ausschussdrucksache 21(14)110. Zudem sind zwei Anträge der AfD ebenfalls Gegenstand der Anhörung: Zum einen „Ärztliche Ausbildung und Weiterbildung zum Facharzt bei Ambulantisierung der Versorgung sicherstellen und weiterentwickeln“ auf der Drucksache 21/1748 und „Wiederherstellung wirksamer Länderkompetenzen bei Ausnahmen von Mindestmengen – Kliniken im ländlichen Raum erhalten“ auf der Drucksache 21/6355. Wir haben uns kurz vor der Sommerpause weitestgehend alle in ähnlicher Runde hier gesehen. Grund für die heutige Anhörung sind die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen, die das damals verabschiedete Beitragssatzstabilisierungsgesetz verändern und verbessern sollen. Die Änderungsanträge betreffen unterschiedliche Regelungsbereiche. So geht es zum einen um die Umsetzung des Entschließungsantrags zur psychotherapeutischen Versorgung und Vergütung und zum anderen um die Umsetzung der Protokollerklärung im Bundesrat. Dazu hat auch BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN einen Änderungsantrag vorgelegt. Über diese Änderungsanträge sowie über die Vorstellungen der Fraktion der AfD zur ärztlichen Ausbildung und zu den Kliniken im ländlichen Raum wollen wir heute mit Ihnen, sehr geehrte Sachverständige, diskutieren und Ihre Meinung hören.
Bevor wir beginnen, will und muss ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen. Es stehen uns heute wieder 90 Minuten zur Verfügung, die entsprechend der Stärke der Fraktionen in Verbindung mit einer ausschussinternen Verabredung auf mehrere Frageblöcke verteilt sind. Insgesamt entfallen auf die CDU/CSU 30 Minuten, auf die AfD 22 Minuten, auf die SPD 17 Minuten, auf

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 12 Minuten und auf Die Linke 9 Minuten Fragezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Antwortgebenden bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können möglichst viele Fragen beantwortet werden. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung im Nachgang auf der Internetseite des Ausschusses zur Verfügung gestellt. Viele Sachverständige nehmen heute online teil, weil unser Sitzungssaal nicht für so eine große Anhörung und eine so große Zahl von Sachverständigen in Präsenz ausgelegt ist und wir leider den großen Anhörungssaal im Marie-Elisabeth-Lüders-Haus nicht bekommen konnten. Daher weise ich darauf hin, dass alle, die online zugeschaltet sind, sobald sie ihren Redebeitrag beginnen, hier auf dem Videowürfel per Bild zu sehen sind und ihr Bild auch im Parlamentsfernsehen und im Stream übertragen wird. Es kann auch sein, dass das nach Ihrem Redebeitrag noch anhält, bis sich der nächste Redner freischaltet. Sachverständige, die auf dem Rückmeldebogen finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand angezeigt haben, bitte ich, dies bei Ihrem ersten Wortbeitrag offenzulegen. Sie müssen dies also nur sagen, wenn Sie Interessenverknüpfungen haben. Ich danke den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Sie sind auf der Ausschussseite im Internet veröffentlicht. Dann noch ein Hinweis an die Gäste auf der Galerie. Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Jetzt habe ich alle Formalien erledigt und wir können mit der Anhörung beginnen. Die erste Frage stellt die Fraktion der CDU/CSU für 12 Minuten. Es beginnt die Kollegin Borchardt. Bitte schön.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an den Bundesverband Medizintechnologie BVMed. Welche Vorteile hätte aus Ihrer Sicht eine stärkere Vereinheitlichung des Mehrwertsteuersatzes für Hilfsmittel auf den ermäßigten Steuersatz von 7 Prozent, insbesondere mit Blick auf Entbürokratisierung und Standardisierung? Und bei welchen Produktgruppen innerhalb der Hilfsmittelversorgung sehen Sie den größten Ansatz für eine Angleichung auf 7 Prozent?

Die **Vorsitzende**: Das ist Frau Pohl, Bitte schön.

Juliane Pohl (Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)): Juliane Pohl, BVMed. Vielen Dank für die Frage. Das Verfahren zur Angabe und zur Anwendung des korrekten Mehrwertsteuersatzes ist enorm komplex. Das fängt bei der Zuordnung an. Es gibt unterschiedliche Mehrwertsteuersätze auch in den Bundesländern, enorme kleinteilige Abgrenzungsprobleme und dementsprechend auch diverse Grenzprodukte, und letztlich ist auch die Einstufung bei den Hauptzollämtern zu beantragen und enorm komplex. Das Problem geht aber weiter, und zwar bei der Prüfung. Die Prüfprozesse erstrecken sich über die gesamte Kette vom Hersteller über Leistungserbringer zur Krankenkasse bis zum Finanzamt. Das heißt, es gibt eine Mehrfachbefassung an diversen Stellen. Dazu kommt dann auch, dass bei einer falschen Zuordnung, was nicht unwahrscheinlich ist bei den teils absurden Regeln der Mehrwertsteuerbesetzung, eine Vorabrechnung des Finanzamts erfolgt, die dann entlang der gesamten Kette wieder rückabzuwickeln ist, was nochmal enorm komplex ist. Das heißt, eine Vereinheitlichung hätte diverse Vorteile, und zwar, dass eine Klarheit bei der Zuordnung geschaffen werden kann, dass die Einstufung bei den Zollämtern entfallen kann, dass vor allem die endlosen Prüfprozesse beendet oder stark reduziert werden könnten. Letztendlich würde das auch die Patientinnen und Patienten entlasten, zum Beispiel mit Blick auf die Aufzahlung bei Hilfsmitteln. Wenn Sie jetzt nach den Produktgruppen fragen, würde ich sagen, alle, und zwar im Sinne einer Harmonisierung. Darum geht es letztendlich. Aber wenn ich Schwerpunkte setzen, mich entscheiden müsste, dann würde ich sagen, es würde zum einen um Strukturbereinigungen gehen, also um eine Harmonisierung aller Grenzfälle. Da gibt es enorme Schwierigkeiten bei Orthesen, Bandagen, aber auch bei Implantaten. Zweitens: Eine Abdeckung der Hilfsmittel bei chronischen Erkrankungen, also Inkontinenz zum Beispiel, analog zu den Hygieneprodukten, die einheitlich abgesenkt wurden, Diabetes und weitere. Und zuletzt drittens: Die Absenkung bei Hilfsmitteln zur häuslichen Pflege, also zum Beispiel Dekubituspflegebetten, Atemtherapien und so weiter. Das würde am Ende auch zugunsten der Pflegeversicherung sein.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Danke. Meine nächste Frage geht an Pharma Deutschland. Welche Potenziale bietet ein möglicher OTC-Switch (Over-the-Counter-Switch) in bestimmten Arzneimittelgruppen, um Patientinnen und Patienten schneller und niederschwelliger zu versorgen, Arztpraxen zu entlasten und die pharmazeutische Kompetenz der Apotheken stärker in die Versorgung einzubinden? Welche regulatorischen Voraussetzungen müssen dafür aus Ihrer Sicht geschaffen werden? Welche Effekte wären aus Ihrer Sicht zu erwarten?

Die **Vorsitzende**: Das ist Herr Hilmer, bitte.

Christian Hilmer (Pharma Deutschland): Christian Hilmer ist mein Name, Pharma Deutschland, vielen Dank für die Frage. OTC-Switch bedeutet die Entlassung einiger Medikamente aus der Verschreibungspflicht. Das ist analog zu vielen anderen europäischen Ländern sicherlich eine gute Sache. Das stärkt die Prävention der Patienten, es macht Menschen zufriedener. Es entlastet die GKV und Apotheken erhalten mehr Werkzeuge, um dieses durchzuführen. Wenn wir uns finanzielle Effekte anschauen, dann gehen wir von Einsparungen in der Größenordnung von 200 Millionen Euro aus. Wir gehen davon aus, dass natürlich nicht jedes Unternehmen und jeder Patient das auch nutzen wird. Wir haben dazu eine Studie durchgeführt, die zeigt, dass 1 Euro in Selbstmedikation investiert, etwa 12 Euro Einsparungen im GKV-System bietet, auch durch eine Entlastung der Arztpraxen. Im zweiten Teil der Frage geht es um die Regulatorik. Das bedeutet, wir bräuchten ein vereinfachtes Verfahren, einfache, verbindlichere Fristen, rechtssichere Entscheidungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und vor allen Dingen ein produktbezogenes Antragsrecht der pharmazeutischen Hersteller. Deswegen abschließend: Als Pharma Deutschland unterstützen wir das absolut, sehen aber bei einer Umsetzung auch eine Härtefallregelung für sozial schwächere Patientinnen und Patienten.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an den Bundesverband der Deutschen Arbeitgeberverbände und den GKV-Spitzenverband. Welche weiteren Möglichkeiten für Effizienzreserven und Einsparmöglichkeiten wie zum Beispiel beim Krankengeld, bei Heilmitteln oder bei dem Zweitmeinungsverfahren sehen Sie, um die Finanzierung in den nächsten Jahren nachhaltig auszugestalten?

Die **Vorsitzende**: Der BDA, Frau Dr. Wagenmann ist online dabei. Dann war das noch der GKV-Spitzenverband.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Danke für das Wort, Frau Vorsitzende. Gerade im Bereich Krankengeld gibt es noch deutlich Einsparpotenzial, das aber verschenkt wird. Das hat auch schon die FinanzKommission Gesundheit und deren Bericht gezeigt. Die Analyse zeigt, dass das Krankengeld seit 2015 überproportional wächst und dass sich das tatsächlich auch fortsetzt. Aus unserer Sicht sollte und könnte die Höhe des Krankengeldes weiter reduziert werden. Das war noch im Referentenentwurf vorgesehen. Zudem sollte das Krankengeld auf 52 Wochen begrenzt werden. Aktuell haben wir 78 Wochen und damit die großzügigste Regelung in Europa. Es ist so, wer länger als 52 Wochen krank ist, also mehr als ein Jahr, dürfte in der Regel erwerbsunfähig sein. Dieses Risiko ist nicht in der GKV abzusichern, sondern woanders. Außerdem sollte das Krankengeld generell bei Rentenbezug ausgeschlossen werden. Aktuell besteht weiterhin bei Bezug einer Teilrente ein Anspruch auf Krankengeld, wenn diese zu zwei Dritteln bezogen wird. Das überzeugt nicht, denn jeder kann, wenn die Teilrente nicht reicht und er langfristig erkrankt ist, jederzeit in die Vollrente wechseln; er kann, wenn er wieder gesund ist, hinzuverdienen ohne Anrechnung. Deswegen überzeugt das tatsächlich nicht. Ansonsten gibt es noch weitere Potenziale, die nicht gehoben sind, zum Beispiel die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen oder Strukturreformen, die dann hoffentlich in einem zweiten Entwurf kommen.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Grunenberg.

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. An die Ausführung von Frau Dr. Wagenmann kann ich gerne anknüpfen. Insbesondere die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, versicherungsfremder Leistungen

fordern wir schon seit Langem. Gleichzeitig kann man auch in Bezug auf die Leistungsausgaben nochmal Effizienzreserven heben. Sie hatten das Thema Heilmittel bereits angesprochen. Dort ist zuvorderst an das Thema Blankoverordnung zu denken, wo wir Effizienzpotenziale sehen. Zu den ausgabendynamischen Bereichen gehört auch die Arzneimittelversorgung. Da würden wir uns auch noch mehr Ansätze zur Effizienzverbesserung wünschen, beispielsweise das Vorziehen der Ausschreibung für Biosimilars oder auch der Vorschlag, den die FinanzKommission Gesundheit auch vorgebracht hat: die Abschaffung des Orphan-Drug-Privilegiums. Vielen Dank.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank, meine nächste Frage geht wieder an den GKV-Spitzenverband. Durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die Vertragsärzte um ca. 15 Milliarden Euro erhöht. Gleichzeitig wurde für die Honorarverteilung vorgesehen, dass die Honorarvolumina der Facharztgruppe zuzurechnen sind, die die entsprechende Leistung erbracht hat. Ist die Zuweisung der Honorarvolumina an die Facharztgruppe ausreichend, um weiterhin eine angemessene Versorgung sicherzustellen oder sind bei der Honorarverteilung weitere Maßnahmen zu ergreifen?

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. Ja, wir sehen hier durchaus weitergehenden Regelungsbedarf. Nach unserer Auffassung müsste es geregelt werden, dass ehemalige Leistungen der Integrierten Versorgung (IGV-Leistungen) den Ärzten folgen, die die Leistungen tatsächlich erbringen. Das heißt also, wenn es Verschiebungen zwischen Facharztgruppen oder Fachgruppen gibt, dann müssen auch entsprechend der Finanzmittel, die Honorarvolumina dem Folgen. Unser Vorschlag sind versorgungsbereichsübergreifende Honorarvolumina, die dem Bewertungsausschuss als flexiblere Steuerungsmöglichkeit übertragen werden können. Vielen Dank.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Verbraucherzentrale Bundesverband. Wie bewerten Sie die erneute Einführung einer Pflicht der Krankenkasse zur schriftlichen oder digitalen Information ihrer Versicherten bei einer Erhöhung des Zusatzbeitrages?

Die **Vorsitzende**: Das ist Frau Schläfke, die ist online dabei. Bitte schön.

Mara Schläfke (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Herzlichen Dank. Vielen Dank für die Frage. Wir begrüßen die Wiedereinführung der Informationspflicht ganz ausdrücklich. Nicht jede Entscheidung wirkt in der Praxis so, wie ursprünglich beabsichtigt. Umso wichtiger ist es, dass der Gesetzgeber hier nachjustiert. Denn ein Sonderkündigungsrecht nützt Verbraucher nur dann, wenn sie überhaupt wissen, dass ihre Krankenkasse den Zusatzbeitrag erhöht hat und welche Handlungsoptionen sie haben. Positiv aus unserer Sicht ist, dass die Information jetzt wieder gesondert erfolgen muss und dass ein pragmatischer Weg zwischen digitaler und postalischer Kommunikation gefunden wurde. Die Versicherten entscheiden jetzt also selbst, auf welchem Weg sie diese wichtige Information erhalten möchten. Besonders begrüßen wir auch die stärkere Rolle der Aufsicht. Denn Information ist ja nicht immer automatisch zielführende Information. Entscheidend ist nicht, dass ein Schreiben formal versendet wurde, sondern dass Versicherte die Information tatsächlich verstehen und ihr Sonderkündigungsrecht auch wirksam wahrnehmen können. Die jetzt im Änderungsantrag vorgesehene Vorprüfung und auch die Möglichkeit zur Nachsteuerung sind deshalb ganz wichtige Beiträge zum Verbraucherschutz. Um diesen noch stärker abzusichern, würden wir für eine gewisse Kanalvielfalt werben wollen. Der Bundesdatenschutzbeauftragte hat in einem anderen Zusammenhang treffend von der wirklichkeitsnahen Information gesprochen. Genau das sollte hier auch der Maßstab sein. Neben Brief oder vereinbarten digitalen Zustellungen können zusätzliche Hinweise über App, Website oder Mitgliederzeitschrift dazu beitragen, dass die Information die Menschen tatsächlich erreicht. Wir freuen uns auf jeden Fall sehr, dass die Versicherten wieder in die Lage versetzt werden, informierte Entscheidungen treffen zu können. Vielen Dank.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Die restliche Zeit würde ich gerne die zweite Runde mitnehmen.

Die **Vorsitzende**: Okay. Dann ist jetzt die AfD an der Reihe. Bitte, Frau Hess.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an den Vertreter des SpiFa, des Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschland, anscheinend online zugeschaltet. Und zwar wüsste ich sehr gerne ein paar Besonderheiten für den Fachbereich der Gynäkologen bezüglich der Abschaffung der Hybrid-DRGs des §115f. Ich wüsste ganz gerne ein paar Besonderheiten im gynäkologischen Bereich, was den Ambulantisierungsgrad von Operationen angeht und die Vergütungssituation laut Einheitlichem Bewertungsmaßstab. Danke.

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

Dr. André Byrla (Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa)): Vielen Dank, Frau Abgeordnete, für die Frage. Wenn ich darauf vorbereitet wäre, hätte ich Ihnen das sicherlich spezifisch für die Frauenärzte und Frauenärzte gerne geben können. Bin ich leider nicht. Aber ich führe gerne mal allgemein zu dem Thema, dem Themenkomplex aus. Wir als Vertreter der Fachärztinnen und Fachärzte in Klinik und Praxis sehen das Vorhaben bezüglich der Hybrid-DRGs äußerst kritisch. Die geplante Änderung dreht die Ambulantisierung zurück. Hybrid-DRGs sollten denselben Eingriff einheitlich vergüten, unabhängig davon, ob er ambulant oder stationär erbracht wird. Sie wurden 2024 erst eingeführt, um das beträchtliche Ambulantisierungspotenzial, das wir in Deutschland haben, zu heben. Deutschland hinkt, das ist auch, glaube ich, bekannt, im internationalen Vergleich an dieser Stelle beträchtlich hinterher. Jetzt soll nach diesem Vorhaben der Koalition ab 2027 das alles anders sein. Ohne Übernachtung entfällt also diese Fallpauschale, bei stationärer Übernachtung bleiben sie erhalten. Die geplante Änderung macht also die Krankenhausübernachtung wirtschaftlich attraktiver und die ambulante Behandlung wirtschaftlich deutlich schwieriger. Auch ist, glaube ich, bekannt, dass die EBM-Vergütung betriebswirtschaftlich sehr, sehr schwierig ist, nicht nur für die Frauenärzte und Frauenärzte, sondern für alle Fachgruppen. Wir befürchten also deutlich mehr medizinisch unnötige Krankenhausaufenthalte als heute schon. Aber das betrifft nicht nur Frauen, sondern wird auch beispielsweise Kinder und Jugendliche betreffen. Das belastet Familien, bindet dringend benötigtes Personal. Diese Politik spart auch nicht verlässlich Geld. Sie droht vielmehr zusätzliche Kosten zu verursachen, schon im Jahr 2027 und noch mehr ab dem Jahr 2028, wenn sichere ambulante Eingriffe durch teure Krankenhausbehandlungen ersetzt werden. Deshalb fordern wir die Streichung dieses geplanten Absatzes 6 von § 115f und wir bitten darum, dass die Hybrid-DRGs ab 2028 nicht abgeschafft werden, sondern weiterentwickelt werden. Nach unserer Auffassung ist es so: ob jemand im Krankenhaus bleiben muss, muss der medizinische Bedarf entscheiden, nicht die deutlich bessere Vergütung einer Übernachtung. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Meine zweite Frage geht an den Vertreter des Bundesverbandes Ambulantes Operieren. Und zwar wüsste ich ganz gerne auch von Seiten des Fachmanns: Wo liegen die Vorteile der ambulanten Operationen im Vergleich zu den stationären, was die Folgekosten angeht? Was für Risiken gibt es im ambulanten Bereich? Welche Risiken im stationären?

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

Dr. Christian Deindl (Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)): Vielen Dank, Frau Abgeordnete, für die wichtige Frage. Ich darf einfach einen gesetzlichen Kostenträger zitieren: Klinikaufenthalte sind für manche Patienten mit großen Belastungen verbunden, während die Genesung zu Hause oft schneller und komplikationsloser verläuft. Es sinkt das Risiko von Infektionen durch Krankenhauskeime. Klinikaufenthalte sind personalintensiv. Es gilt, die knappen Ressourcen im Krankenhaus möglichst effektiv einzusetzen. Deshalb müssen stationär und ambulant erbrachte Operationen auch gleich vergütet werden – Oktober 2023. Jetzt haben wir Oktober 2026. Die Folgekosten sind bei ambulanten Operationen deshalb auch niedriger, weil zum Beispiel die Arbeitsunfähigkeitsdauer deutlich geringer ist. Wenn man Patienten befragen würde, was leider bis heute nicht geschieht – das ist eine

große Lücke in der Patientensicherheit und in der Qualitätssicherung –, dann würde man das evaluieren können. Deshalb wäre es auch wichtig, dass man das mit den Hybrid-DRGs weiterbetreibt und es evaluiert und dann eine neue Entscheidung trifft. Infektionen sind gefallen. Wir haben bis zu 600 000 Krankenhausinfektionen. Dafür können die Krankenhäuser nichts. Das ist ein standortbedingtes Risiko. Das entfällt im ambulanten Bereich. Wenn es eine Infektion gibt, dann sind es patienteneigene Keime und keine resistenten Keime. Die Schmerztherapie ist individueller. Der Operateur ist immer erreichbar. Das heißt, es ist eine Behandlung aus einer Hand. Da ist kein Informationsverlust. Wenn Sie wieder in die Klinik gehen, dann haben Sie einen anderen Kollegen, weil ein Schichtwechsel war. Insgesamt ist das ambulante Operieren einfach eine patientenfreundliche, familienfreundliche und, weil die Menschen wieder schnell im Arbeitsbereich sind, auch eine arbeitgeberfreundliche, stabile medizinische Versorgung. Man sollte diese Säule nicht aus vermeintlichen Kostengründen, die es gar nicht gibt, jetzt wieder in die Neunzigerjahre zurückzuversetzen.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Eine kurze Nachfrage: Könnten Sie die tatsächliche Vergütungsdifferenz zwischen einer beliebigen Hybrid-DRG, neuer Vergütung bei typischen Eingriffen, in Verhältnis setzen zu den Vergütungen des EBM einschließlich Anästhesie und Sachkosten? Wie ist da tatsächlich das Verhältnis zwischen Hybrid-DRG und EBM bei einem Eingriff, den Sie sich aussuchen können?

Dr. Christian Deindl (Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)): Also der Faktor war, ich komme jetzt aus der Kinderchirurgie, bei einer Leistenhernie, bei einer Hodenhochstandsoperation zwei bis drei, wenn es stationär gemacht wurde. Ich habe jetzt frische Zahlen, weil gerade das Fachgebiet Gynäkologie erwähnt wurde: Mir hat der Kollege gesagt, ein laparoskopischer Eingriff in der Gynäkologie mit Hybrid, unter Hybridbedingungen beträgt ca. 1 400 Euro; wenn man es zum EBM macht, dann würde es für den Operateur 400 Euro Vergütung geben. Also da sieht man die Differenzen. Natürlich muss die Hybrid-DRG aufgeteilt werden zwischen Operateuren und Anästhesisten, wenn eine Vollnarkose stattfindet. Das ist ungefähr zwischen 40 zu 60, je nachdem, wer den ambulanten Standort betreibt, der hat natürlich auch die Fixkosten, die ungefähr ein Drittel ausmachen. Der Rest wird dann aufgeteilt zwischen den einzelnen Leistungserbringern.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Dazu direkt noch eine Nachfrage: Jetzt haben wir es mit der Hybrid-DRG geschafft, durch die Einführung tatsächlich den ambulanten Bereich massiv zu stärken in den letzten Jahren. Da gibt es große Zuwächse in den Zahlen und dementsprechend auch mehr Vergütung in Summe. Wo sehen Sie die Grenze, wenn wir jetzt wieder runtergehen mit der Vergütung, bis zu welchem … Wie weit können wir runtergehen, sodass die Praxen, die jetzt entstanden sind in den vergangenen Jahren, noch in der Lage sind, halbwegs wirtschaftlich zu arbeiten? Wo ist die Grenze erreicht? Und an welchem Punkt müssen wir damit rechnen, dass diese ambulante Versorgung, die in den Jahren aufgebaut wurde, wieder abgebaut wird?

Dr. Christian Deindl (Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)): Und da möchte ich gerne auf das IGES-Gutachten von 2022 zurückgreifen. Die haben einen Zeitraum von zwei bis drei Dekaden überblickt. Man hat gesehen, dass es vor 2020 zehn Jahre lang ein Plateau gab, eine Stagnation. Das heißt, das ambulante Operieren hat sich nicht weiterentwickelt, weil die ambulanten Standorte, sei es in den Kliniken oder die Vertragsärzteschaft, einfach am Ende ihrer Ressourcen angekommen sind. Es gab sogar einen absteigenden Ast. Das war die Ausgangssituation. Jetzt zu sagen, das ambulante Operieren ist zu teuer mit Hybrid, stimmt eben nicht, weil man es wieder aufbauen möchte. Was man sich vorstellen könnte …

Die **Vorsitzende**: Ich muss jetzt leider unterbrechen. Die Zeit ist abgelaufen. Es ist jetzt die SPD-Fraktion an der Reihe. Herr Dr. Pantazis, bitte.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an die Bundespsychotherapeutenkammer. Änderungsantrag 1 setzt den Inhalt des Entschließungsantrags zur Psychotherapie um. Wie bewerten Sie diese Regelungen? Bitte gehen Sie kurz auf die einzelnen

Bestandteile des Entschließungsantrags ein.

Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Vielen Dank für die Frage. Andrea Benecke, Bundespsychotherapeutenkammer. Die vorgesehenen Regelungen sind insgesamt ein wichtiger Schritt, um die durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz zu erwartenden Einschnitte in die psychotherapeutische Versorgung zumindest abzumildern und für manche Patientengruppen sogar abzuwenden. An einigen Stellen sehen wir noch einen dringenden Nachbesserungsbedarf. Zum Punkt 1: Die Regelung die Leistungen der Kinder und Jugendlichen in der Psychotherapie extrabudgetär zu vergüten, ist eine wirksame Maßnahme, um die befürchteten Einschnitte in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen abzuwenden. Das ist ein ganz wichtiger Schritt angesichts der Zunahme psychischer Belastungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und des deutlich gewachsenen Versorgungsbedarfs. Wenn psychisch kranke Kinder und Jugendliche unbehandelt bleiben oder zu spät versorgt werden, dann hat das langfristig massive negative Konsequenzen. Dem gegenzusteuern, begrüßen wir sehr. Auch den Schutz der Versorgung schwer psychisch kranker Patientinnen und Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf begrüßen wir. Angesichts der vielerorts nicht vorhandenen Netzverbünde ist es sinnvoll, dass die extrabudgetäre Vergütung nicht von einer Versorgung im Netzverbund abhängig gemacht wird. So können schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten bundesweit von der Regelung profitieren. Allerdings sollten die finanziellen Grundlagen dafür geschaffen werden, dass ein Ausbau der Netzverbünde weiter vorangetrieben werden kann und bestehende Netzverbünde nicht gefährdet werden. Dafür wäre es zwingend notwendig, dass auch die Leistungen, die nicht direkt an Patienten erbracht werden, also Koordinationsleistungen, Fallbesprechungen, eben das, was ein Netz ausmacht, weiter extrabudgetär vergütet werden. Auch die neuen Ermächtigungen für kooperative Versorgung von vulnerablen Patientinnen und Patienten sollten hier Berücksichtigung finden. Und der letzte Punkt: Sinnvoller ist aus unserer Sicht auch, dass psychotherapeutische Leistungen bei dringlichen Behandlungsfällen extrabudgetär vergütet werden, um hier die Versorgung zu sichern und gegebenenfalls Wartezeiten abzubauen. Allerdings darf das nicht auf die Akutbehandlung als einzige Leistung beschränkt werden. Zumindest die Kurzzeittherapie mit einem Richtlinienverfahren oder Kurzinterventionen sollten hier Berücksichtigung finden, sofern sie evidenzbasierte Versorgung gewährleisten. Und das tun sie. Außerdem ist die Kopplung der extrabudgetären Vergütung an eine Terminservicestellen-Vermittlung eine unnötige bürokratische Hürde, die Behandlungen verzögert, wertvolle Behandlungsressourcen durch Doppeluntersuchungen bindet und Patientinnen und Patienten einen vermeidbaren Therapeutenwechsel zumutet. Diese Vorgabe sollte ersatzlos gestrichen werden. Danke sehr.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Ja, vielen Dank. Meine Frage geht an den Hausärzt:innenverband. Der gerade mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführte Fixkostendegressionsabschlag wird nun wieder gestrichen. Wie beurteilen Sie diese Streichung und gibt es aus Ihrer Sicht weiteren Regelungsbedarf?

Die **Vorsitzende**: Da haben wir Frau Dr. Buhlinger-Göpfarth online dabei.

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Vielen Dank für die Frage. Nicola Buhlinger-Göpfarth für den Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Fixkostendegressionsabschlag für die hausarztzentrierte Versorgung und bei der sogenannten Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung plus für die Hausärztinnen, Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte wieder zurückgenommen werden soll. Der Fixkostendegressionsabschlag setzt den falschen Anreiz. Eine Praxis, die zusätzlich Patientinnen und Patienten aufnimmt, bekäme dadurch pro Fall weniger. Bestraft wird also genau das, was wir am dringendsten brauchen, die Bereitschaft, neue Patientinnen und Patienten aufzunehmen und zu versorgen und das in einer Lage, in der viele Ortspraxen schließen und Familien heute schon keine Hausärztin, keinen Kinderarzt mehr finden. Gerade wurde mit der Entbudgetierung das richtige Signal gesetzt für mehr hausärztliche Versorgung und mit der Fixkostendegression wäre dieser Effekt wieder zurückgenommen worden. Sozusagen eine Re-Budgetierung durch die Hintertür. Auch die Grundannahme trägt nicht. Der größte

Kostenblock in der Hausarztpraxis ist das Personal und dieser Aufwand wächst mit jeder zusätzlichen Patientenversorgung mit. Vor allem aber widerspricht der Abschlag dem geplanten Primärversorgungssystem. Wer Patientinnen und Patienten künftig gezielt über Hausarztpraxen steuern will – und die hausarztzentrierte Versorgung ist dafür das erprobte Instrument –, kann nicht gleichzeitig jede zusätzliche Einschreibung finanziell abwerten. Die Rücknahme korrigiert einen Fehlanreiz, der die Versorgung unmittelbar verschlechtert hätte. Erlauben Sie mir noch zum Schluss eine persönliche Bemerkung: Ich habe als Bundesvorsitzende körperweise Briefe gerade von jungen Kollegen bekommen, die angesichts der Fixkostendegression hochgradig verunsichert, ja verzweifelt waren. Geplante Praxisübernahmen wurden auf Eis gelegt, Pläne für zusätzliches Personal oder zusätzliche Zweigpraxen verworfen. Die Erkenntnis der politisch Verantwortlichen, dass man hier nachjustieren muss, verdient Anerkennung. Ein wesentliches Element funktionierender demokratischer Systeme ist zu erkennen, wo man vielleicht im Eifer des Gefechts über das Ziel hinausgeschossen ist, und wo man in der Lage sein muss, dies zu korrigieren. Dafür meinen Respekt und meinen Dank auch als Bürgerin. Vielen Dank.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine Frage richtet sich an den BVKJ. Die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sind entbudgetiert worden und bleiben auch zukünftig entbudgetiert. Sie weisen in diesem Zusammenhang auf ein Problem mit den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche hin. Bitte erläutern Sie uns kurz die Hintergründe und was sind Ihre Vorschläge?

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

Dr. Michael Hubmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)): Vielen Dank, Herr Abgeordneter, für die Frage. Michael Hubmann für den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen. Kindervorsorgen sind die am besten wahrgenommenen Präventionsprogramme überhaupt. Mit Teilnahmeraten über 95 Prozent ist eine Leistungsausweitung hier kaum möglich. Viele Bundesländer sorgen zudem mit einem eigenen Einladungs- und Kontrollprogramm zusätzlich dafür, dass alle Bevölkerungsgruppen, insbesondere unterprivilegiert Bevölkerungsgruppen, erreicht werden. Diese Vorsorgen sind auch nur einmal abrechenbar und unterliegen daher keiner unerwünschten Mengenausweitung, wie wir es von anderen Bereichen kennen. Es muss, und da erst einmal Anerkennung dafür, dass Sie den Weg gehen wollen, sichergestellt werden, dass sowohl im § 87a als auch im § 87d Folgendes gilt: Die vertragsärztlichen Leistungen, die von Kinder- und Jugendärztinnen bei Versicherten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres erbracht werden, sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten, soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden können. Vielen Dank.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband. Mit den Änderungsanträgen soll die Möglichkeit von Ausschreibungen bei Hilfsmitteln wieder eingeführt werden, so wie das die FKG empfohlen hat. Wie bewerten Sie diese Regelung? Droht nach Ihrer Meinung Einschränkung bei der Qualität oder der Versorgung durch die Ausschreibungen?

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

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Herzlichen Dank für die Frage. Wir finden es sachgerecht, dass es wieder Ausschreibungen gibt. Und wir finden auch gut, dass Sie die hohe Qualität und eine sichere Versorgung auch im ländlichen Raum noch einmal explizit als wichtige Kriterien für die Ausschreibungsverträge genannt haben. Wir begrüßen daher, dass der Gesetzgeber diese Vertragsoption mit einem entsprechenden Augenmerk belegt hat. Ich will auch sagen, das ist das erste Mal, dass wir wieder sehen, dass Effizienzpotenziale durch Wettbewerb gehoben werden sollen. Das war viele Jahre anders. Deswegen begrüßen wir diese Kurskorrektur sehr.

Die **Vorsitzende**: Dann wäre jetzt an der Reihe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den Einzelsachverständigen Karagiannidis von der Universität Witten/Herdecke fragen wollen. Die Koalition verfolgt mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz das Ziel, die Beitragssätze zu stabilisieren und die Ausgaben der GKV zu begrenzen. Die in der Notfallreform vorgesehenen Einsparungen setzen aber voraus, dass Notfälle, die heute stationär aufgenommen werden, zukünftig bedarfsgerecht ambulant versorgt werden. Die Änderungsanträge der Koalition, die heute jetzt auch in diesem Gesetz zur Beitragssatzstabilisierung enthalten sind, geben bisher aber keine Regelung her, die die ambulante Behandlung in Notaufnahmen wirtschaftlich tragfähig macht. Bleibt aus Ihrer Sicht der Anreiz bestehen, Patientinnen und Patienten weiter stationär aufzunehmen? Und können die Einsparungen, die in der begleitenden Notfallreform ausgewiesen sind, damit dann überhaupt realisiert werden?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Karagiannidis, bitte. Sie sind online.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Vielen Dank für die Frage. Ich glaube, man muss noch mal ganz klar sagen, dass ein großer Teil der Finanzstabilisierung der nächsten Jahre darauf beruhen soll, dass wir weniger stationäre Aufnahmen haben werden. Das wird extrem stark davon abhängen, wie hoch unsere Konversionsrate in den Notaufnahmen sein wird. Wenn wir das Potenzial wirklich heben wollen, bedeutet das, dass ich A, den Zufluss zum Krankenhaus irgendwie etwas reduzieren muss. Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz macht eher das Gegenteil, wenn die Niedergelassenen weniger Termine anbieten werden in der Zukunft. Zum anderen muss ich die Notaufnahmen endlich auskömmlich finanzieren, damit nicht der Anreiz besteht, dass ich einen Patienten zwingend stationär aufnehmen muss. Deswegen wäre mein Vorschlag, dass wir zumindest ganz kurzfristig dazu übergehen, dass wir die Fälle vorstationär vergüten. Damit sind wir nicht mehr so extrem unterfinanziert, wie wir es im Moment sind für einige dieser ambulanten Fälle.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich fahre weiter fort und würde den Einzelsachverständigen weiterfragen wollen. Ein wichtiger Faktor für das geplante Einsparpotenzial der Notfallreform, das haben Sie gerade angesprochen, ist die bedarfsgerechte Behandlung vor Ort, also außerhalb des Krankenhauses, unter anderem durch aufsuchende Dienste der KV oder ambulante Einsatzmittel des Rettungsdienstes. Bisher liegen keine Änderungsanträge der Koalition vor, die eine Finanzierung einer solchen speziellen ambulanten Notfallversorgung durch den Rettungsdienst beinhalten. Zusätzlich ist der Presse zu entnehmen, dass die Verpflichtung der KV, einen 24/7-aufsuchenden Dienst vorzunehmen, sogar noch eingeschränkt werden sollte. Sind, wenn man das tut, dann letztlich wirklich die Einsparungen des Gesetzes am Ende des Tages zu realisieren?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Ich bin weiterhin, oder sagen wir mal, zunehmend skeptisch, dass wir wirklich die Finanzwirkung erzielen werden, die die Finanz-Kommission sich vorgestellt hat. Das betrifft jetzt die Frage des Zuflusses der Patienten zum Krankenhaus. Wenn ich den ein Stück weit begrenzen will mit den einfachen Fällen – wir hatten mit der Barmer eine wegweisende Studie publiziert, wo wir gesehen haben, ein Drittel aller Fälle in der Notaufnahme sind leicht oder sagen wir mal leichten Schwerengrades, sodass man sie auch hätte ambulant behandeln können –, dann kann ich das Potenzial natürlich nur dann heben, wenn ich die Patientinnen und Patienten auch im Vorfeld behandle. Dazu gehört natürlich, dass der Rettungsdienst nicht jeden Patienten ins Krankenhaus bringt, sondern vor Ort behandelt. Wir brauchen zwingend die fallabschließende Behandlung durch den Rettungsdienst, also die Vergütung der medizinischen Leistungen, damit der Patient nicht ins Krankenhaus gebracht wird, weil nur mein Transport finanziert ist. Ich glaube, das ist ein wichtiger Hebel. Der zweite wichtige Hebel ist: Wir müssen endlich vorankommen mit der Eigenverantwortlichkeit der Pflege, dass zum Beispiel die Gemeindeschwester, die Community Health Nurse auch fallabschließend behandeln kann. Genauso ist es natürlich, dass wir die telemedizinischen Angebote, wie es zum Beispiel die Schweiz macht oder andere Länder, deutlich ausweiten müssen, weil die Daten uns ziemlich von den Kindern bis zu den Erwachsenen

deutlich zeigen, dass wir telemedizinisch unglaublich viel behandeln können, ohne dass die Patienten danach in die Notaufnahme gebracht werden.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Den Rest der Zeit nehmen wir in die nächste Runde.

Die **Vorsitzende**: Okay, dann ist jetzt Die Linke an der Reihe, fünf Minuten?

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Ja, gern die fünf Minuten. Vielen Dank für die Möglichkeit, Ihnen Fragen zu stellen. Auch so ein bisschen zumindest von meiner Fraktion die Bitte um Entschuldigung, dass nach den Erfahrungen vor der Sommerpause mit der kurzen Zeit für die Anträge jetzt doch wieder auch nur zwei Tage für die Änderungsanträge zur Verfügung stehen. Umso dankbarer sind wir, dass Sie sich uns heute zur Verfügung stellen und das alles so gut durcharbeiten konnten. Meine erste Frage geht an Frau Dr. Siri Doka speziell zum Änderungsantrag 5, zu den Hilfsmitteln. Es gab schon einmal Versuche, die negativen Auswirkungen von Hilfsmittelausschreibungen einzugrenzen. Hat das nach Ihrer Ansicht gut gewirkt?

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

Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG Selbsthilfe)): Ganz herzlichen Dank für die Frage. Siri Doka, BAG Selbsthilfe. Leider haben die vorherigen Versuche, die negativen Auswirkungen von Ausschreibungen auf Patienten zu begrenzen, nicht funktioniert. Schon im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat man festgelegt, dass Ausschreibungen bei individuell angefertigten Versorgungen oder bei Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil, was jetzt auch im Änderungsantrag enthalten ist, in der Regel nicht zweckmäßig sind. Nachdem dies häufig nicht beachtet wurde und dennoch Ausschreibungen in entsprechenden Produktgruppen durchgeführt wurde, hat man im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) das Ganze verschärft und die Formulierung „in der Regel“ gestrichen, die jetzt im Änderungsantrag wieder drin ist. Das heißt, man geht in die Situation vor dem HHVG. Doch auch dies brachte leider nichts. Es wurden dennoch Ausschreibungen im Stoma-Bereich durchgeführt, also Versorgungen mit einem künstlichen Darmausgang, der natürlich individuell angepasst werden muss und einen hohen Dienstleistungsanteil hat. Für die Betroffenen hatte das zum Teil dramatische Folgen. Sie saßen trotz vieler Nachfragen beim Versorger oft unversorgt da. Am Wochenende sind sie in die Kliniken gegangen und in einem Fall sind sie sogar zur Polizei gegangen, damit das Problem gelöst werden konnte. Genau wegen solcher Fälle wurde das Instrument der Ausschreibung im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) gestrichen. Wir fürchten ähnliche Entwicklungen auch in der Zukunft, wenn Ausschreibungen wieder eingeführt werden, weswegen wir es grundsätzlich ablehnen, wieder die Ausschreibung einzuführen. Mindestens sollte aber das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) jede Ausschreibung genehmigen.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Vielen Dank. Ich würde dieselbe Frage gerne an Frau Pohl vom Bundesverband Medizintechnologie, ich glaube, sie ist online zugeschaltet, stellen: Die Versuche, die negativen Auswirkungen von Hilfsmittelausschreibungen einzugrenzen, ob die quasi gut gewirkt haben in der Vergangenheit und ob Sie deswegen auch für die Zukunft vielleicht eine Prognose abgeben können.

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

Juliane Pohl (Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)): Vielen Dank. Ich kann das bestätigen, was Frau Dr. Doka gerade schon ausgeführt hat. Wie in der Vergangenheit, so würden wie wir es auch für die Zukunft erwarten. Wir gehen davon aus, dass es massive Einschränkungen der Versorgungsqualität gibt. Auch diese unbestimmten Rechtsbegriffe, die jetzt als Qualitätsmechanismen eingeführt werden sollen, können nach unserer Einschätzung und Erfahrungen ausgehöhlt werden, vor allem im preisbasierten Wettbewerb, sobald Ausschreibungen ermöglicht sind. Deswegen sind wir auch sehr überrascht, dass diese jetzt wieder eingeführt werden sollen. Wir erwarten aber nicht nur eine Beeinträchtigung in der Qualität, sondern

auch in den Versorgungsstrukturen. Die Folge eines Ausschreibungswettbewerbs ist bereits die Konzentration von Strukturen vor allem zulasten von KMU (Kleine und Mittlere Unternehmen) bis hin zu einer Oligopolisierung. Gerade in den Hilfsmittelstrukturen besteht schon seit Jahren ein so enormer Preiswettbewerb, dass die Versorger, also Sanitätshäuser, Homecare-Versorger etc. mit dem Rücken an der Wand stehen. Gerade erst kam mit dem BStab-Gesetz der 3-Prozent-Abschlag über alle Hilfsmittelversorgungen dazu, der schon massiv durchschlagen wird. Jetzt, wenn noch Ausschreibungen dazukommen, die den Markt sortieren, erwarten wir eine weitere Beeinträchtigung am Ende auch für die Versorgungsstrukturen. Um das auf den Punkt zu bringen: Ich möchte weder ein Sanitätshaus sein, das sich nun für die Zukunft aufstellen muss, noch möchte ich eine Patientin mit Hilfsmittelbedarf sein, wenn die Ausschreibungen wieder kommen.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Vielen Dank. Jetzt würde ich vielleicht doch den Rest mitnehmen wollen. Danke Ihnen sehr.

Die **Vorsitzende**: Die nächste Runde ist eigentlich die Kurzrunde. Da sind wir auf die vier Minuten begrenzt. Die Zeit kommt jetzt hinten drauf. Wir haben jetzt die Kurzrunde. Da haben wir fix vier Minuten. Und danach kommt noch mal eine Runde, wo dann eben die Reste, das heißt, es sind jetzt noch 46 Sekunden für die letzte Runde. Also ihr könnt es jetzt noch machen oder ihr macht es dann später.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Es bleibt eine Kurzrunde. Ich nehme es mit. Ich gebe mein Bestes.

Die **Vorsitzende**: Es ist kompliziert. Okay, aber alles muss seine Regeln haben. Wir kommen jetzt trotzdem dann in die Kurzrunde, wie gesagt, jeweils vier Minuten pro Fraktion und es beginnt wieder die CDU/CSU-Fraktion mit Herrn Dr. Pilsinger. Bitte schön.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): In der Kurzrunde bitte auch kurze Antworten. Also eine Frage an den Verband der Zytostatika herstellenden Apotheker und den GKV-Spitzenverband: Wie bewerten Sie die Auswirkungen auf die Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten durch die vorgesehene Wiedereinführung apothekenbezogener Ausschreibungen für Zytostatika? Ist die Ausstattung sachgerecht? Welche Einsparpotenziale können dadurch gehoben werden?

Die **Vorsitzende**: Dann beginnen wir mit Herrn Marxen. Der ist online und danach Herr Dr. Grunenberg. Bitte.

Michael Marxen (Verband der Zytostatika herstellenden Apotheker (VZA)): Danke für das Ansprechen der Situation. Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem Bericht unerwähnt gelassen, dass der Gesetzgeber diese Ausschreibung 2017 vor allem wegen gut belegter, massiver Versorgungsprobleme aus Gesundheitsschutzgründen verboten hatte, in diesem Fall sogar mit sofortiger Wirkung gestoppt hatte. Es gibt keinerlei Anhaltspunkte, dass diese Versorgungsrisiken mit der neuen Regelung und ihrer vermeintlichen Regionalisierung und Freiwilligkeit nun beherrschbar werden. Onkologische Versorgung bleibt hochkomplex und braucht multiprofessionell eingespielte Strukturen. Onkologische Infusionen sind kein Produkt, dessen Lieferung einfach ausgetauscht werden kann. Auch beim ärztlichen und pflegerischen Fachpersonal in den Kliniken und Praxen herrscht Entsetzen, dass dieser Irrweg wieder ausgegraben werden soll. Denn dort hätte man erneut ein Mehr an Bürokratie und sicherheitsgefährdenden Schnittstellen zu schultern. Die Konsequenz wäre auch die Zerschlagung einer flächendeckenden Infrastruktur an hochspezialisierten Apotheken, die auch für Palliativpatienten und andere Schwerkranke dringend benötigte Therapien herstellen. Reinräume und Fachpersonal lassen sich nicht einfach wieder aufbauen, sondern werden dauerhaft verloren. Das in einer Zeit, in der es gilt, Krisenresilienz herzustellen. Die Einsparungen sind von der Aktualität ohnehin bereits überholt. Denn die geschätzten Wirtschaftlichkeitsreserven von 200 Millionen Euro, das ist die gute Nachricht, werden aktuell zum 1. Oktober 2026 bereits gehoben, und zwar über die bewährte seit 2017 mehrfach nachgeschärfte Hilfstaxensystematik. …

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Entschuldigung. Ich muss den AOK-Verband, den GKV-Spitzenverband auch noch kurz zu Wort kommen lassen. Also erst mal danke.

Die **Vorsitzende**: Okay, Herr Dr. Grunenberg.

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank. Ich versuche es kurz zu machen. Im Grundsatz haben die damals stattgefundenen Ausschreibungen gezeigt, dass Wirtschaftlichkeitspotenziale da sind. Insofern sind wir nach wie vor davon überzeugt, dass Ausschreibungen weiterhin ein gängiger Weg sein können, diese Potenziale zu heben. Bei der vorliegenden Regelung sehen wir allerdings noch erhebliches Potenzial. Insbesondere würden wir uns kassenbezogene Ausschreibungen wünschen. Die angesprochene Thematik Versorgungsqualität kann aus unserer Sicht gewährleistet werden durch verbindliche Vertragsanforderungen, beispielsweise Qualität und Sicherheit der Herstellung, Liefer- und Reaktionszeiten, räumliche Erreichbarkeit. Danke schön.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Dann noch eine kurze Frage an den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wie beurteilen Sie die Konkretisierung und Weiterentwicklung der mit dem Änderungsantrag vorgesehenen Regelung zum Therapieversuch mit cannabishaltigen Fertigarzneimittel? Kurze Antwort.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Grunenberg und dann Herr Dr. Gassen, bitte.

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Sehr kurze Antwort: Das begrüßen wir uneingeschränkt, haben wir uns nachdrücklich dafür eingesetzt, dass es beim In-Label-Use bleibt. Insofern kein Änderungsbedarf von unserer Seite. Danke schön.

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

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Andreas Gassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ich kann mich der Aussage anschließen. Wir begrüßen diese Klarstellung auch, umso mehr als neben der Konkretisierung auch der einmalige Therapieversuch nur in der zugelassenen Indikation zu erfolgen hat und dieser verpflichtende Einsatz über sechs Monate gestrichen worden ist. Insofern war diese Klärung lange überfällig und bringt zumindest etwas Licht ins Dunkel der Cannabisreform.

Die **Vorsitzende**: Okay, danke schön. Dann kämen wir jetzt zur AfD. Frau Hess, bitte.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Noch einmal die kurze Nachfrage an den Bundesverband Ambulantes Operieren, mit Bitte um kurze Antwort. Können Sie dem Ausschuss konkret darlegen, ab welcher zusätzlichen Absenkung der Hybrid-DRG-Vergütung Sie damit rechnen, dass insbesondere originär ambulante Leistungserbringer Leistungen nicht mehr kostendeckend werden erbringen können?

Dr. Christian Deindl (Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)): Spätestens bei der Einführung der EBM-Vergütung, wie wir sie vor den Hybrid-DRG hatten. Wir haben das mal ausgerechnet: tolerabel wäre ein Abschlag von 10 bis 15 Prozent des Hybrid-DRGs im Gegensatz zu den Kliniken. Dann stellt man einfach den höheren Aufwand sicher. Das wäre ein Angebot, das wir Ihnen machen könnten. Dann muss man nicht die Hybrid-DRG abschaffen und hat trotzdem Einsparpotenzial bei weiterhin hoher Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Eine Frage bitte an den GKV-Spitzenverband. Und zwar würde es mich interessieren: Der § 115f SGB V enthält bereits einen gesetzlich vorgegebenen Mechanismus zur Weiterentwicklung und Konvergenz der Hybrid-DRG-Vergütung. Welche empirische Datengrundlage rechtfertigt darüber hinaus einen zusätzlichen, gesetzlich vorgegebenen Vergütungsabschlag? Können Sie ausschließen, dass dadurch insbesondere im vertragsärztlichen Bereich die Vergütung unter die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung fällt und damit der politisch gewünschte Ambulantisierungsprozess geschwächt wird?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Grunenberg

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Genau. Diese Konvergenzregelung führt in der Praxis dazu, dass die Konvergenz über sehr lange Zeit erfolgt. Heißt also, die Effizienzpotenziale, die es dort gibt, und auch die Fehlanreize, die wir sehen durch die erheblichen Ausgabensteigerungen – wir hatten 350 Millionen Euro Mehrkosten allein im Jahr 2025 und erwarten auch im Jahr 2026 noch einmal erhebliche Ausgabensteigerungen, die über den Erwartungen bisher liegen, – zeigen, dass hier ein dringender Handlungsbedarf besteht. Insofern ist unserer Einschätzung, dass es dort auch einer gesetzlichen Änderung bedarf. Die liegt auf dem Tisch mit dem Änderungsantrag und die halten wir für sachgerecht. Danke.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Kurze Nachfrage: Sehen Sie denn dann nicht ausgerechnet mit der Hybrid-DRG für Fälle mit Übernachtungen einen Fehlanreiz, dass nämlich gerade hier den ambulanten Praxen es schwierig gemacht wird und die Leute eher im Krankenhaus behalten werden, um eben den höheren Satz zu bekommen? Es ist in meinen Augen ein Fehlanreiz.

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank. Tatsächlich ist das eine Thematik, die uns auch beschäftigt. Hier gibt es den Grouper, den das InEK entwickelt hat. Wir halten es für erforderlich, diesen Grouper auch über 2028 hinaus zu implementieren, weiterhin zu regulieren. Genau der Grouper stellt sicher, dass eben dieser Effekt, dieser Anreiz eben nicht da ist, weil danach eine Zuordnung entsprechend des medizinischen Bedarfs erfolgt.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Die letzten Sekunden würde ich gerne nutzen, um den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen zu fragen, wie Sie die Absenkung, die Abschaffung der Hybrid-DRG bewerten.

Dr. Michael Hubmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)): Vielen Dank für die Frage. Die Einführung der Hybrid-DRG im letzten KHAG war für Kinder und für Menschen mit Behinderung wegweisend. Ich glaube, man muss alles dafür tun, Ambulantisierung so zu sehen, wie sie auch gedacht ist. Fälle sollen von der Klinik in die ambulante Versorgungslandschaft verschoben werden. Dementsprechend muss auch die Geldversorgung folgen. Eine Absenkung auf EBM-Niveau, wie sie teilweise diskutiert wird, wird zu einem Ausbluten der ambulanten OPs führen. Das können wir für Kinder und Jugendliche und Menschen mit Behinderung nicht begrüßen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann ist jetzt die SPD an der Reihe.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband hinsichtlich der Regelung, die die Zytostatika betrifft: Könnten Sie uns mitteilen, mit welchen Einsparpotenzialen Sie an der Stelle mit dem jetzigen Entwurf rechnen?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Grunenberg.

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Das Einsparpotenzial der jetzigen Regelung halten wir für relativ gering, denken an einen zweistelligen Millionenbetrag im ersten Jahr, um den es sich hier handeln könnte. Dies ist schlicht und ergreifend auf den Umstand zurückzuführen, dass hier gemeinsam einheitlich verhandelt werden soll und eben nicht Ausschreibungen der Krankenkassen scharfgestellt werden sollen, in Anführungsstrichen. Würde man das machen, verbunden mit den beschriebenen Qualitätsanforderungen, Sicherstellung der Versorgung, dann wäre auch erheblich mehr Potenzial zu heben in Sachen Wirtschaftlichkeit.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Erneut GKV-Spitzenverband: Die Änderungsanträge sehen vor, dass bei Abbrüchen der Nutzung einer DiGA in den ersten vier Wochen Vergütungsabschläge in Höhe der Quote der Nutzungsabbrüche vorgesehen werden. Die Abbruchquote soll von den Herstellern im Rahmen der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung erhoben und gemeldet werden. Wie bewerten Sie diese Regelung und mit welchen Einsparungen rechnen Sie?

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Die Regelung haben wir zur Kenntnis genommen und haben durchaus Zweifel, dass die gewünschte Wirkung erreicht wird, nämlich dass sie zu wesentlichen Einsparungen führt. Die Nutzungsabbrüche bewerten wir als nicht geeigneten Maßstab für die Bewertung des medizinischen Erfolgs einer DiGA, weil das eben nicht mit einem Behandlungserfolg gleichzusetzen ist. Beispielsweise können Gründe für einen Nutzungsabbruch sein: der Wechsel der Therapie, technische Schwierigkeiten, auch von der DiGA unabhängige Veränderungen des Gesundheitszustandes. Nicht zuletzt beschäftigt uns der Umstand, dass Fehlanreize für Hersteller gesetzt werden können, die Anwendungen stärker auf eine formale Weiternutzung auszurichten, ohne dass damit ein medizinischer Nutzen einhergeht. Insofern: Wenn man sich mit der Frage des Mehrwerts beschäftigen möchte, dann muss man aus unserer Sicht auf medizinische Endpunkte gehen, Patientenberichtete, Ergebnisparameter, nachgewiesene Versorgungseffekte. Vielen Dank.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an die IKK. Die FinanzKommission Gesundheit hat empfohlen, die freie Preissetzung für DiGAs im ersten Jahr abzuschaffen und stattdessen Preisverhandlungen einzuführen. Wie beurteilen Sie diese Empfehlung?

Die **Vorsitzende**: Das ist Herr Hohnl, der ist online zugeschaltet. Bitte schön.

Jürgen Hohnl (IKK – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen): Schönen Dank für die Frage. Jürgen Hohnl, gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen. Dass man hier eine Änderung macht, befürworten wir. Wir halten aber auch den jetzigen Vorschlag mit erheblichen Umsetzungsproblemen behaftet. Aus unserer Sicht wäre es sinnvoller, wenn man zum Beispiel eine Probenutzung einführen würde, dass man erst nach einer gewissen Zeit die Scharfschaltung macht und auch dann erst die Vergütungsverpflichtung erfüllt wird. Weil, jetzt ist es so: Man wählt sich einmal ein, der Preis wird fällig und wenn das dann aber nicht funktioniert, gibt es keine Rückmeldung. Das, was vorgeschlagen ist, ist zu aufwendig und ist zu unklar in der Evidenz. Herzlichen Dank.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich nochmal an den GKV-Spitzenverband. In den Änderungsanträgen ist vorgesehen, dass wieder eine Informationspflicht der Krankenkassen bei Beitragssatzerhöhungen eingeführt wird. Dabei gilt, dass Briefe nur noch verschickt werden müssen, wenn keine elektronische Kommunikation vereinbart ist. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

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

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. Wir haben in unserer Stellungnahme einen Vorschlag gemacht, wie das Ganze noch einfacher gestaltet werden kann, weil wir mit der vorliegenden Regelung die Befürchtung haben, dass damit erneut erhebliche bürokratische Aufwände entstehen bei den Krankenkassen. Sie wissen, die Diskussion geht zurück auf den Versand von Briefen an Millionen von Versicherten. Fraglos ist es richtig, im Sinne des Verbraucherschutzes die Information sicherzustellen. Unser Ansatz ist, den Kassen den geeigneten Weg zu überlassen.

Die **Vorsitzende**: Okay, danke schön. Frau Dr. Kappert-Gonther für die Grünen.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Schönen Dank, Frau Vorsitzende. Ich frage die Bundespsychotherapeutenkammer. Frau Dr. Benecke, Sie haben gerade gesagt, dass es ein Mangel in diesen neuen Änderungsanträgen hier ist, dass die Bedarfsplanung nicht gesondert ausgewiesen wird für Kinder und Jugendliche. Können Sie bitte ganz kurz noch mal erläutern, warum das so wichtig wäre?

Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Vielen Dank für diese Frage – ziemlich. Die Umsetzung der separaten Bedarfsplanung ist dringend, weil der psychotherapeutische Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen weiter steigt. Etwa jede fünfte Minderjährige in Deutschland leidet an einer psychischen Krankheit. Im Zuge dieser multiplen Krisen, die um uns herum sind, wird das noch zunehmen. Wir haben eine Bedarfsplanung, die nicht auf die spezifischen

Bedarfe von Kindern und Jugendlichen eingeht. Das wäre dringend zu ändern, sodass wir wohnortnah versorgen können und Jugendliche und Kinder dort abholen können, wo sie auch leben und wo sie zur Schule gehen, sodass wir die Versorgung wirklich zielgenau an die Kinder und an die Jugendlichen bringen können.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Schönen Dank. Die nächste Frage geht zuerst noch einmal an Sie, BPtK, Frau Dr. Benecke, und die gleiche Frage an Herrn Rosemann von der APK. Wir haben über die Versorgung von schwer psychisch Kranken gesprochen, die KSVPsych-Richtlinie. Sie haben es gewürdigt, dass hier in dem Änderungsantrag die patientennahen Leistungen, also das ärztliche oder psychotherapeutische Gespräch, jetzt wieder extrabudgetär ist, nicht aber die Vernetzungsleistung, die ja obligater Bestandteil ist. Können Sie bitte einmal erläutern, erst Frau Dr. Benecke, dann Herr Rosemann, warum das aber so wichtig wäre, dass gerade die Vernetzungsleistung nicht eingeschränkt wird?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Benecke.

Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Danke für die Frage. Netzverbünde zeichnen sich dadurch aus, dass eine enge Kooperation stattfindet, dass die Patientinnen und Patienten gezielt in diesem Netz versorgt werden. Dazu muss man miteinander reden. Dazu muss man koordinieren. Und wenn das nicht bezahlt wird, droht, dass die Netzverbünde, die jetzt schon nicht besonders weit verbreitet sind, ihre Arbeit aufgeben, weil es sich einfach nicht mehr lohnt. Im Wesentlichen sind es diese Koordinierungsleistungen, die erbracht werden müssen und können müssen, sodass sich diese Netzverbünde auch tragen.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Danke.

Die **Vorsitzende**: Herr Rosemann ist online, bitte schön.

Matthias Rosemann (Aktion Psychisch Kranke (APK)): Vielen Dank. Das zentrale Problem liegt darin, dass die Koordinationsleistungen von nicht ärztlichen Personen erbracht werden. Soziotherapeuten, Ergotherapeuten, ambulante Pflegedienste, sind in der Richtlinie vorrangig adressiert. Diese rechnen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht ab. Das bedeutet im Klartext, dass die Vergütung für diese Koordinationsleistungen, deren Bedeutung Frau Dr. Benecke schon dargestellt hat, über die Arztpraxen abgerechnet werden und an die nicht ärztlichen Therapeuten weitergeleitet werden. Das heißt im Kern, wenn diese Leistung budgetiert wird, also eine Leistung, die von der Arztpraxis einfach weitergeleitet wird an die, die die Leistung tatsächlich erbringen – dazu gehört übrigens auch die Teilnahme an Hilfekonferenzen, die die Richtlinie ausdrücklich vorsieht und die große Bedeutung haben –, wenn diese Leistungen von der Arztpraxis weitergeleitet werden und im Budget der Arztpraxis drinstecken, dann mindert das das Budget, ohne dass die Arztpraxis selbst was davon hat. Das ist nicht sinnvoll. Es gibt aber keine andere Möglichkeit für die Abrechnung dieser Leistung durch diese nicht ärztlichen Therapeuten. Deswegen ist es sinnvoll, die gesamten Leistungen der KSVPsych-Richtlinie extrabudgetär zu gestalten. Dann hat man hier eine saubere Lösung und erreicht das, was man wollte, nämlich eine sinnvolle Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Menschen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke. Dann ist jetzt Die Linke an der Reihe. Ates Gürpinar, bitte.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Meine Frage richtet sich an Dr. Enno Maaß von der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung bezüglich Änderungsantrag 1. Die psychotherapeutische Versorgung bleibt grundsätzlich budgetiert und nur in bestimmten Fällen ungedeckelt. Und da die Frage an Sie, welche Auswirkungen Sie sich davon erwarten auf die therapeutische Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten.

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

Dr. Enno Maaß (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)): Vielen Dank für die Frage. Enno

Maaß von der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung. Man muss vorweg sehen, dass wir die Situation, mit der vor dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vergleichen müssen. Deswegen sind wir auch immer noch nicht auf dem Weg der Besserung unserer Meinung nach. Man kann nur zusammenfassen, dass die Versorgung in Zukunft mit Psychotherapie deutlich unflexibler und weniger gut vorbereitet sein wird, mit den Zuwächsen in den nächsten Jahren zurechtzukommen. Wenn Sie sich die Statistiken anschauen, dann sehen Sie fast jedes Jahr mehrere Prozent Steigerung und jetzt in 2026 nochmal sogar eine Steigerung um 10 Prozent in den Patientenzahlen. Wenn man dann anfängt, ab 2026 und 2027 die Versorgung einzufrieren, dann hat man wirklich von Jahr zu Jahr eine deutlich und drastisch schlechtere psychotherapeutische Versorgung. Das muss klar sein. Nichtsdestotrotz geht natürlich der Entschließungsantrag in die richtige Richtung. Wir fordern aber dringend, im § 87 die Angemessenheitsregelung für die psychotherapeutischen Leistungen nachzubessern, die Gruppenpsychotherapie und die neuropsychologische Therapie aufzunehmen und vor allen Dingen das Aufsatzjahr 2026 zu nehmen. Sie können nicht sagen, dass alle Leistungen aus 2026 in 2027 weitergeführt werden mit dem Volumen von 2025 und dann mit 10 bis 15 Prozent weniger in 2027 zu starten und dann glauben, dass das nicht Versorgungsabbrüche ergibt, die eigentlich laut Ihren Aussagen verhindert werden sollten.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Vielen Dank. Die nächste Frage richte ich an Herrn Preis von der ABDA und zwar bezogen auf Änderungsantrag 7. Welche Auswirkungen hatten die Zytostatika-Ausschreibungen in der Vergangenheit auf Versorgungsqualität und Anbieterstruktur und sind die Regelungen im vorliegenden Entwurf so ausgestaltet, dass die negativen Folgewirkungen dieses Mal verhindert werden?

Die **Vorsitzende**: Herr Preis ist ebenfalls online dabei. Bitte schön.

Thomas Preis (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Vielen Dank für die Frage, Herr Gürpinar. Es gab sehr gute Gründe, warum Ausschreibungen für Zytostatika im Jahr 2017 abgeschafft wurden. Die Gründe wurden eben schon genannt: ausgefallene, verspätete Therapien, lange Wartezeiten für schwerkranke Patientinnen und Patienten und medizinische Zwischenfälle. Diese Fehler zulasten der Gesundheit der betroffenen Patientinnen und Patienten sollten sich nicht wiederholen. Die Frage, ob diese Regelungen jetzt im vorliegenden Entwurf reichen: Nein, sie reichen nicht. Die onkologischen Wirkstoffe, die meisten onkologischen Wirkstoffe müssen aufgrund ihrer physikalisch-chemischen Stabilität weiterhin entweder sofort oder innerhalb weniger Stunden bei den Patientinnen und Patienten angewendet werden. Die für diese Versorgung erforderlichen hochspezialisierten Produktionsstrukturen und Reinraumlabore in unseren Apotheken sowie das besonders qualifizierte Personal lassen sich nicht kurzfristig hoch- oder herunterfahren. Je nachdem, wie die Ausschreibung ist. Es gehen ein für alle Mal hochspezialisierte Strukturen verloren und werden nicht wieder aufgebaut werden in unserer Versorgungslandschaft. Das hat erhebliche Nachteile für die Resilienz unseres Systems.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Vielen Dank. Sehr geehrte Frau Vorsitzende, die 15 Sekunden und die 45 Sekunden werden genau eine Minute. Ich hatte mal einen Leistungskurs und wollte die Frage stellen. Danke schön.

Die **Vorsitzende**: Sehen Sie, da haben wir sogar was gemeinsam. Ich verrate jetzt aber nicht, was ich sonst noch hatte, könnten anderen neidisch werden. Okay. Wir kommen jetzt zu Block 3. Da beginnt die CDU/CSU mit 10 Minuten plus 1:30 aus der ersten Runde. Bitte.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Meine Frage geht an den Verband der Kinderärzte und an die GKV. Wir hatten vorhin die Diskussion in Bezug auf die U-Untersuchungen. Wir haben in einem Gesetz geregelt, dass Leistungen in die MGV überführt werden, und dass darüberhinausgehende Leistungen dann auch von Seiten der Kassen vergütet werden. Deswegen die Frage nach Ihrer Einschätzung, nach einer Klarstellung. Was gilt denn jetzt Ihrer Einschätzung nach? Denn wir glauben, dass Sie keine Probleme bei den U-Untersuchungen haben werden und Sie ja schon.

Die Frage bezieht sich auch auf die Kassen, was da vielleicht gedacht wird. So würde ich es mal formulieren.

Die **Vorsitzende**: Dann haben wir erst Herr Dr. Hubmann und dann Herrn Dr. Grunenberg.

Dr. Michael Hubmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)): Vielen Dank für die Frage. Ich glaube, wir werden schon Probleme bekommen. Wir haben mit der U10 nach langer Zeit eine neue Vorsorge bekommen für das Schulalter, wo ein Schwerpunkt auf die HPV-Impfung gelegt werden soll. Es ist ein WHO-Ziel, dass wir dort die Impfraten hochnehmen. Ich glaube, es ist zynisch, mit dem Geburtenrückgang zu kalkulieren. Insofern sehe ich hier eine absolute Notwendigkeit, dass wir da rangehen. Vor allem möchten wir gerade in sozial schwachen Regionen von den 95 Prozent gerne an die 100 Prozent ran. Sie kennen die Diskussionen auch aus der Frauenunion, dass wir über eine Verpflichtung zu den Vorsorgen nachdenken. Insofern ist hier eine Änderung, die eine komplette Freistellung auf den Weg bringt, meiner Meinung nach absolut sachgerecht.

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

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. Mit der Überführung der Leistungen von der EGV in die MGV ist uns bewusst, dass die Finanzmittel, die dort in der EGV bislang zur Verfügung standen, nicht verloren gehen können, sondern in demselben Umfang überführt werden müssen. Mit anderen Worten, aus unserer Sicht besteht kein spezifischer Regelungsbedarf mit Blick auf eine besondere extrabudgetäre Vergütung. Gleichwohl muss man sich natürlich immer anschauen, insbesondere in der Frage neuer Leistungen, wie man dann konkret damit umgeht. Vielen Dank.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Vielen Dank. Dann hätte ich eine Frage an den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten. Und zwar haben wir angesprochen, dass wir vor der Reform schon das Thema hatten: Wie bekommen wir Menschen, die dringlich einen Bedarf haben, eine Psychotherapie zu erhalten, in die Versorgung? Deswegen würde ich gerne von Ihrer Seite noch mal wissen – man hat jetzt einen Weg für zusätzliche Termine über die Terminservicestelle gewählt –, ob das das Mittel der Wahl ist. Wie bekommen wir es hin, dass die, die einen dringlichen Bedarf haben, auch dringlich den Zugang zum Psychotherapeuten bekommen? Ich kann dringliche Versorgung nicht mit komplexer Versorgung zwingend gleichsetzen. Da gibt es einen Unterschied. Unser Interesse ist, dass wir es hinbekommen, neben den vorgeschlagenen Bedarfsplanungsanpassungen … Das wird auch kommen in dem weiteren Gesetz. Wir müssen natürlich noch mal über die Ausbildung reden. Da gibt es auch Initiativen von den Hochschuldirektoren in den verschiedenen Bundesländern. Wie kriegen wir es hin? Das ist dringlich. Das ist unser Interesse, dass wir eine Veränderung hinbekommen.

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

Mathias Heinicke (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)): Vielen Dank für die Frage und noch mal vielen Dank für die Änderungsanträge. Auf die Frage würde ich jetzt gar nicht einzelne Personengruppen so genau benennen wollen, sondern müssten eigentlich eher in klinische Konstellationen gehen. Das heißt, Dringlichkeit ist nicht unbedingt nur akute Symptomatik, sondern sie besteht ebenso dann, wenn weiteres Abwarten selbst zum Risiko werden würde: Bei drohender Chronifizierung, bei rascher Verschlechterung oder bei erheblichem Verlust von Teilhabe am Leben, Arbeitsplatzausbildung oder wenn auch noch somatische Komorbiditäten bestehen oder erhebliche Belastung des familiären Umfelds. Besonders wichtig ist an dieser Stelle dann eine Schnittstelle noch zur stationären Versorgung. Dringlichkeit kann eben auch bestehen, wenn durch eine zeitnahe ambulante Behandlung eine stationäre Aufnahme vermieden werden kann, oder wenn nach einer stationären Behandlung eine schnelle Weiterbehandlung notwendig ist, um den erreichten Erfolg zu sichern. Dabei geht es eben ausdrücklich nicht nur um neu entstandene Erkrankungen, sondern auch bei bestehenden Erkrankungen kann es ein zeitkritisches therapeutisches Fenster geben. Deshalb ist unser zentraler Punkt Dringlichkeit nicht erst als kurz vor einer Krise zu definieren, sondern die Kriterien sollten eine Orientierung geben, aber keinen

abschließenden Katalog bilden, also eine klinische Gesamtbeurteilung des Risikos. Daraus müssen dann als Konsequenzen folgen, dass im Moment die Dringlichkeit nicht auf die Akutbehandlung abgestellt hat und das eben nur ausschließlich 600 Minuten sind. Das reicht nicht aus, da bräuchten wir auch die Aufnahme der Kurz- und Langzeittherapie.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich würde gerne an die Frau Dr. Benecke noch mal übergeben. Wie machen wir es mit dem Dringlichen, damit wir das hinbekommen, denn wir haben einfach im Moment ein begrenztes Gut an Psychotherapeuten. Wie kriegen wir es jetzt tatsächlich hin?

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

Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Heinicke erst mal anschließen, möchte aber noch anmerken, dass eine Kopplung an die TSS-Vermittlung sicherlich nicht dazu geeignet ist, direkt, wenn eine Psychotherapie stattfinden kann, dass man direkt bei dieser Therapeutin, bei diesem Therapeuten auch die Behandlung anfangen kann. Wir brauchen die Dringlichkeitskriterien zu Beginn, damit man sich daran gut orientieren kann. Die muss der G-BA entwickeln. Dann können wir damit auch die Teile, die die Patientinnen umreißen, auch gut versorgen, im Zweifel auch über die TSS, wenn die Psychotherapeutin das nicht direkt selber machen kann.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Vielen Dank. Dann habe ich eine weitere Frage, und zwar an den Bundesverband Ambulantes Operieren und an den AOK-Bundesverband. Da geht es noch mal darum, wie Sie die Regelungen zu den Hybrid-DRGs werten und gerade in Bezug auf die Versorgung beispielsweise von Kindern, wo wir jetzt schon das Problem haben mit den bestehenden Regelungen, dass sie schwerlich zu HNO-Operationen kommen. Wie können wir das beheben? Bitte kurze Antwort, weil ich dann an den Kollegen weitergeben muss. Deswegen bin ich ein bisschen dringlich unterwegs.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Deindl und dann Frau Dr. Reimann, bitte.

Dr. Christian Deindl (Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)): Danke für die Fragestellung. Die Hybrid-DRGs sind die Garantie, dass ambulante operative Versorgungsstrukturen wachsen und aufrechterhalten werden. Wir haben jetzt auch einen Generationswechsel. Wenn da keine Nachfolger kommen, dann bricht dieser Teil weg. Ambulantes Operieren ist typisch familien- und kinderfreundlich. Kein Kind möchte in der Klinik bleiben; übrigens auch ältere Patienten fühlen sich zu Hause wohler, weil sie da orientiert sind. Und das ist, glaube ich, auch unser Versorgungsauftrag. Das Gesundheitssystem ist für die Patienten da und die Patienten sind nicht da, um Einsparpotenziale zu generieren. Und schon gar nicht Kinder.

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

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Vielen Dank für die Frage. Ich kann noch mal sagen: Wir haben die Hybrid-DRGs eingeführt und sie sind deutlich hinter den Erwartungen geblieben. Deswegen halten wir es für richtig, das jetzt in eine Übergangslösung zu überführen. Von daher, schließe ich mich den Ausführungen, die dazu gemacht worden sind, an. Wir halten es für richtig, das in den EBM zu überführen. Wir haben allerdings durchaus einen kritischen Blick darauf, wenn die Krankenhäuser in der Situation sind, Anreize zu haben, tatsächlich mit einem weiteren Tag Liegezeit unterwegs zu sein. Das ist etwas, das ist ja kein EBM. Da hätten wir es sinnvoller und sachgerechter gefunden, wenn es EBM plus Aufschlag gegeben hätte statt die Hybrid-DRG. Das ist die jetzige Änderungsantragslösung.

Die **Vorsitzende**: Danke. Und weiter geht's. Der Kollege Müller, bitte.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte eine Frage, die sich an den GKV-Spitzenverband, an den PKV-Verband und an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeber richtet. Einnahmen und Ausgaben müssen sich die Waage halten. Alles andere ist zunächst einmal

sekundär, weil das ganze System sonst nicht mehr funktioniert. Deshalb frage ich Sie: Sind Sie der Meinung, dass das, was wir jetzt in diesen Änderungsanträgen zum Beitragssatzstabilisierungsgesetz formuliert haben, ausreichend ist, um die entsprechenden Einsparungen vorzunehmen, die wir brauchen, um Beitragsstabilität und Balance zwischen Einnahmen und Ausgaben zu gewährleisten?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Grunenberg.

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. Tatsächlich sehen wir dort einige Unsicherheiten, die eine abschließende Bewertung dahingehend nicht zulassen. Gleichwohl ist nach unserer Einschätzung das Paket geeignet, die Gegenfinanzierung, die erforderlich ist für die Beitragsstabilisierung, sicherzustellen. Insofern sind wir an der Stelle guten Mutes. Gleichzeitig will ich auch noch mal deutlich machen, dass wir den Grundsatz die Einhaltung des Ziels der Beitragsstabilität sehr unterstützen und begrüßen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Loskamp ist online. Bitte schön.

Dr. Norbert Loskamp (Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)): Vielen Dank für die Frage. Norbert Loskamp, Verband der privaten Krankenversicherung. Die zusätzlichen Ausgaben, die mit den Änderungsanträgen für die Krankenhauszuschläge ausgelobt werden, halten wir für eine kritische Größe. Wir glauben auch nicht, dass die durch die Option zur Gegenfinanzierung dann aufgewogen werden. Die 450 Millionen für alle Krankenhäuser und die 100 Millionen für die Unikliniken sind auch nicht an echte, harte Kriterien gebunden, sondern sind Zuschlag im politischen Ringen, muss man vielleicht sagen. Krankenhäuser haben im Zuge dieser Diskussion um kalte Strukturbereinigung viele Vorteile bekommen, viele Zuschläge bekommen. Wir haben bisher noch gar keine richtigen Änderungen in der Krankenhausstruktur gesehen. Insofern sehen wir jetzt diese zusätzlichen Finanzierungsoptionen, die eingeräumt werden, kritisch. Solche Dinge müssen auch an konkrete Ergebnisse gebunden werden. Vielen Dank.

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

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Ich kann mich den beiden Vorrednern anschließen. Es ist noch nicht genau absehbar, ob es ausreicht oder nicht. Aber in der Tat kann es sein, dass es nicht ausreicht. Es ist wirklich wichtig, dass die Einsparungen ausreichen, damit keine weitere Anhebung der Zusatzbeiträge notwendig ist. Die Einsparziele sollten nicht verbessert werden, sondern eingehalten werden, vor allem, weil man das Potenzial, das die FinanzKommission Gesundheit mit ihren Vorschlägen vorgelegt hat, schon durch den Gesetzentwurf nicht erreicht hat, sondern allerhöchstens 50 Prozent des Volumens der Vorschläge ausgeschöpft hat. Man hat damit tatsächlich die Möglichkeit sogar zur langfristigen Stabilisierung oder sogar leichten Senkung der Beiträge verspielt. Insoweit ist es wirklich relevant, dass nicht weitere Verwässerungen stattfinden.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Dann hätte ich noch eine schnelle Frage und eine schnelle Antwort. Bitte um eine schnelle Antwort. Sie geht noch mal an den GKV-Spitzenverband. Es geht bei mir auch um die Wiedereinführung der Ausschreibung für die Hilfsmittel. Wie sehen Sie, wie werten Sie das? Hat es die entsprechenden Effekte, die wir uns davon versprechen?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Grunenberg.

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Ja, das begrüßen wir sehr. Es ist in mehreren Beiträgen zur Sprache gekommen, die Frage der Qualitätsvorgaben. Aus unserer Sicht hat man gelernt aus den Erfahrungen der letzten Ausschreibungen. Insofern sehen wir dort auch großes Potenzial, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann Frau Dr. Baum mit sieben oder neun Minuten? Mit neun Minuten, bitte.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen herzlichen Dank. Ich habe einige Fragen zu den Ausweitungen

der Prüfung durch den Medizinischen Dienst bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und zum Abrechnungsverbot und der Anpassung des Vergütungsvolumens. Das sind die Änderungen im § 115g folgende. Deshalb richte ich meine erste Frage an den Medizinischen Dienst Bund. Mit welchem personellen Mehrbedarf und mit welchem bürokratischen Mehraufwand rechnet der Medizinische Dienst durch die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund und die neuen Prüfpflichten bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

Die **Vorsitzende**: Das ist Herr Dr. Gronemeyer. Der ist online dabei. Bitte schön.

Dr. Stefan Gronemeyer (Medizinischer Dienst Bund): Stefan Gronemeyer, Medizinischer Dienst Bund. Vielen Dank für die Frage. Wir gehen davon aus, dass aufgrund des erwarteten Mengengerüstes bei der sektorübergreifenden Versorgung und dieser Prüfungen keine wesentlichen zusätzlichen personellen oder bürokratischen Aufwände entstehen. Wir begrüßen die gesetzliche Klarstellung im Änderungsantrag, dass die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst durchgeführt werden dürfen. Danke.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Dann habe ich noch eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Welche praktischen Auswirkungen befürchten die Leistungserbringer durch die Androhung eines generellen Abrechnungsverbotes bei Beanstandungen durch den Medizinischen Dienst und droht dies den Aufbau innovativer sektorenübergreifender Modelle abzuwürgen?

Die **Vorsitzende**: Das geht an Frau Reich, die ist online dabei.

Claudia Reich (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir sehen jetzt nicht einen grundsätzlichen Hinderungsgrund, sondern die Prüfung durch den Medizinischen Dienst ist auch schon Gegenstand einer aktuellen Leistungsvereinbarung, die die DKG gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband geschlossen hat, und was jetzt in den Änderungsanträgen enthalten ist, ist die Schaffung der dafür erforderlichen gesetzlichen Grundlage. Von unserer Seite ist da nur, sage ich mal, zu verbessern, dass die Öffnungsklausel dahingehend, dass die Vereinbarungspartner von dieser gesetzlichen Grundlage auch abweichen können, auch durch einen zutreffenden Verweis im Gesetz verankert wird. Das wäre noch mal wichtig, da ist ein Verweisfehler enthalten. Der zweite Punkt wäre, dass die Ausgestaltung des Prüfverfahrens den Selbstverwaltungspartnern überlassen bleiben sollte. Ansonsten ist das eine Konstellation, wo der Gesetzgeber gewürdigt hat, was die Selbstverwaltungspartner bereits auf vertraglichem Wege abgeschlossen haben.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Danke schön. Dann habe ich noch mal eine Frage an den Medizinischen Dienst Bund. Welche Mechanismen der unabhängigen Qualitätskontrolle und des Rechtsschutzes greifen in der Praxis, um eine unverhältnismäßige Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes gegenüber den Einrichtungen zu verhindern?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Gronemeyer.

Dr. Stefan Gronemeyer (Medizinischer Dienst Bund): Dr. Gronemeyer, Medizinischer Dienst Bund. Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes werden nach den gesetzlichen Vorgaben ausgestaltet und aufwandsarm durchgeführt. Das wird sichergestellt durch Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund, die für die medizinischen Dienste verbindlich sind. Danke schön.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich möchte dazu eine generelle Anmerkung machen. Wir sehen den weiteren Ausbau von Kontrollen und Misstrauen als Misstrauen gegenüber Leistungserbringern und fordern weniger Bürokratie anstatt mehr durch den Medizinischen Dienst. Jetzt habe ich eine weitere Frage zu der Aufgabenerweiterung und beschränkten Selbstbefassungsrecht des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und an dieses richte ich auch die Frage. Wie begegnen Sie der Kritik, dass durch eine Ausweitung Ihres Mandats und den alleinigen Fokus auf methodischer Evidenz andere relevante Versorgungsaspekte wie praktische ärztliche Erfahrung und Therapiefreiheit zunehmend ins Hintertreffen gerät?

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

Dr. Michaela Eikermann (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)): Vielen Dank für die Frage. Ich kann diesen Vorwurf nicht ganz nachvollziehen, da es tatsächlich so ist, dass für uns auch vorgegeben ist, dass wir klinischen Sachverstand in unsere Gutachtenerstellung einbeziehen. Das heißt, für alle unsere Berichte, die wir erstellen, haben wir auch jeweils Kliniker und Klinikerinnen in unseren Gruppen, die uns dort beratend zur Seite stehen. Wir betrachten ja nicht nur rein methodische Aspekte, sondern durchaus auch klinische Aspekte in der Erstellung der Gutachten.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Dann frage ich noch mal weiter, bitte auch an Sie. Wie stellen Sie sicher, dass durch ein eigenes Selbstbefassungsrecht und verstärkte internationale Kooperationen keine Ressourcen für drängende und prioritäre Bewertungsaufträge des deutschen Gesundheitssystems gebunden werden?

Dr. Michaela Eikermann (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)): Das ist ein wichtiger Punkt. Es ist nicht so, dass wir im Grunde bearbeiten können, was wir möchten, sondern es ist ja ein gewisser Rahmen gegeben, in dem sich unsere Generalauftragsprojekte befinden. Die müssen in dem Kontext stehen, in dem auch die anderen Aufgaben bestehen. Wir haben zusätzlich auch eine Berichtspflicht an unseren Vorstand, der dann jährlich erfolgt, sodass auch klar ist, welche Projekte wir bearbeiten, und dort ist eine Möglichkeit, einzugreifen.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Dazu habe ich noch mal eine Nachfrage. Nach welchen transparenten Kriterien will das Institut von einem künftigen Selbstbefassungsrecht Gebrauch machen, um dem Vorwurf zu entkräften, gezielt unliebsame Therapien im Vorfeld abzuwerten?

Dr. Michaela Eikermann (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)): Ich glaube, es ist für mich so ein bisschen eine Schwierigkeit, diese Frage zu beantworten, weil es überhaupt nicht in unserem Interesse ist, unliebsame Therapien abzuwerten. Unsere Betrachtungsweise geht immer dahin, wichtige gesundheitsrelevante, versorgungsrelevante Fragen zu adressieren und transparent auf Basis unserer Methoden, die transparent beschrieben sind, die auch zur Stellungnahme stehen, zu bearbeiten, auf Basis der Evidenz, die zur Verfügung steht. Darüber hinaus haben wir Stellungnahmemöglichkeiten zu unseren Berichten, sodass natürlich auch immer die Öffentlichkeit eingebunden werden kann und Fragen äußern kann, Kritik äußern kann, andere Positionen einbringen kann, die ja dann auch transparent in den Berichten dargestellt sind.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank. Ich gebe weiter.

Abg. **Dr. Christoph Birghan** (AfD): Vielen Dank. Kleiner Themenwechsel: Verwaltungskostensteigerung der Krankenkassen. Da ist eine Begrenzung um einen Prozentpunkt geplant. Die Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Warum oder wie stehen Sie zu dieser Begrenzung um nur einen Prozentpunkt, was angesichts der teilweise exzessiven Verwaltungsapparate mancher Kassen wie ein Tropfen auf den heißen Stein wirkt? Wie stehen Sie zu einer Deckelung der Anzahl der Krankenkassen? Vielleicht haben Sie auch eine konkrete Zahl, wie viele Krankenkassen soll es denn mittelfristig geben? Was wäre eine optimale Anzahl aus Ihrer Sicht?

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

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank an der Stelle für die Frage. Die FKG hat ja in ihrem ersten Bericht sehr deutlich gemacht, dass es überhaupt kein Effizienzansatz ist, über die Zahl der Krankenkassen zu sprechen. Insofern sind dadurch auch keine Effizienzpotenziale zu heben durch diese Thematik. Sie haben aber die nochmalige Begrenzung des Verwaltungskostendeckels angesprochen. Ich will daran erinnern, dass das nicht der erste Ansatz ist, sondern schon mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege Änderungen vorgenommen worden sind. Mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz, mit dem Pflegeneuordnungsgesetz finden sich noch weitergehende Regelungen, die auch Auswirkungen auf die Verwaltungskosten der

Kassen haben. Insofern muss man das dann im Gesamtkontext sehen. Tatsächlich bedeuten diese vermeintlichen zusätzlichen ein Prozent umgerechnet weitere 130 Millionen € in 27 Jahren Einsparungen, die hinzukommen zu bereits weiteren 350 Millionen Euro Einsparungen bei den Krankenkassen. Deswegen sehen wir das alles sehr, sehr kritisch, weil die Krankenkassen diejenigen sind, die gesetzliche Aufgaben umsetzen sollen, in Digitalisierung investieren sollen. Da werden Dinge miteinander in Verbindung gebracht, die nicht zusammengebracht werden können.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann ist die SPD an der Reihe mit noch 5 Minuten. Herr Yüksel, bitte.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Frau Vorsitzende, herzlichen Dank. Herr Dr. Hubmann, bei der Hilfsmittelversorgung von Kindern in den sozialpädiatrischen Zentren, die dort behandelt werden, sollte das Genehmigungsverfahren erheblich vereinfacht werden. Reicht das aus Ihrer Sicht aus oder braucht es weitere Ausnahmen und Verfahrenserleichterungen, insbesondere für Kinder mit Behinderung? Mit Blick auf die Versorgung insgesamt, welche konkreten Verbesserungen bei Weiterbildung und Nachwuchsförderung müssten bereits jetzt in diesem Gesetzgebungsvorhaben angegangen werden? Bis wann müssten sie umgesetzt werden, damit sie rechtzeitig Wirkung entfalten?

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

Dr. Michael Hubmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)): Vielen Dank für die Frage. Kinder und Jugendliche sind unsere Zukunft. Wir sollten uns politisch auch so verhalten. Deswegen sind die beiden Fragen leicht zu beantworten. Ich fange hinten an. Wenn wir Kinder und Jugendliche weiter in Kinder- und Jugendärztlichen Praxen versorgen wollen, dann ist die Pädiatrie Vorreiter, was die kompetenzbasierte Weiterbildung der Bundesärztekammer angeht. Wir brauchen die ambulante Versorgung hier in der Weiterbildung für die Kolleginnen und Kollegen, die versorgen sollen. Deswegen braucht es die Änderung in § 75a jetzt und nicht später. Genauso ist es mit der Hilfsmittelversorgung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren. Ich könnte den Saal hier füllen mit Kindern und Jugendlichen, die berechtigte Hilfsmittel brauchen und sich im bürokratischen Dschungel der Krankenkassen verirren. Bürokratie gelingt uns einfach nicht abzubauen. Ich werde im Leben nicht verstehen, dass man einen Rollstuhl für ein Kind begründen muss. Ich kenne keinen Elternteil, der einen Rollstuhl möchte, wenn das Kind ihn nicht braucht. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den GKV-Spitzenverband. Sie haben den Leistungskatalog für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vereinbart. In der Vereinbarung weisen Sie darauf hin, dass Sie gemeinsam an die Gesetzgebung herantreten wollen, um eine gesetzliche Klarstellung herbeizuführen, wonach sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zur Erbringung von Hybrid-DRG-Leistungen berechtigt sein sollen. Können Sie uns die Hintergründe erläutern und welchen Änderungsbedarf sehen Sie?

Die **Vorsitzende**: Frau Reich und dann Herr Dr. Grunenberg, bitte.

Claudia Reich (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Den Hintergrund kann ich Ihnen gerne erläutern. Die Thematik ist die, dass ein sektorenübergreifendes Versorgungszentrum nach dem derzeitigen Leistungskatalog nur ein beschränktes stationäres Leistungsspektrum hat und insofern darauf angewiesen ist, und das ist ja auch das Ambulantisierungspotenzial, was man in der sektorübergreifenden Versorgung sieht, dass der ambulante Leistungsbereich geöffnet wird. Für die AOP-Leistung ist aber bisher nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Verknüpfung mit dem stationären Leistungsspektrum verbunden. Das heißt, ambulante OP-Leistungen dürfen nur in dem Leistungsspektrum erbracht werden, wo eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung noch stationär leistungsberechtigt ist. Beides soll aber auseinanderfallen. Der ambulante Leistungsbereich soll breiter werden als der stationäre, und deswegen ist es gesetzlich erforderlich, dass man quasi diese Verknüpfung, diese Kopplung von stationärem

Versorgungsauftrag und AOP trennt und den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen somit auch diesen Ambulantisierungsmechanismus ermöglicht.

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

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank, keine weiteren Ausführungen dazu. Gemeinsamer Vorschlag.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, dann richtet sich gleich die Frage an den GKV-Spitzenverband. Mit einem Änderungsantrag soll eine zusätzliche für 2027 geltende Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen gelten. Wie bewerten Sie diese Regelung und sind die im Änderungsantrag vorgesehenen Ausnahmen ausreichend? Diese Frage richtet sich bitte auch an den AOK-Bundesverband.

Die **Vorsitzende**: Ja, dann Herr Dr. Grunenberg und dann Frau Dr. Reimann, bitte.

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Ja, vielen Dank. Ich habe es gerade schon dargestellt. Es passt nicht zusammen. Die Verwaltungskostenbegrenzung mit der Erwartung gleichzeitig, dass bestimmte gesetzliche Aufgaben erfüllt werden, insbesondere im Bereich Digitalisierung. Das ist mit notwendigen Investitionen verbunden und das wird erschwert durch den Deckel. Insofern haben wir mehrere Ausnahmen, die wir über das, was im Gesetz bereits enthalten ist, die wir anregen und vorschlagen, nämlich die Aufwendungen für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Cloud-Einsatz, Umsetzung des Online-Zugangsgesetzes, Umlage für das Forschungsdatenzentrum, das Beschäftigtenverzeichnis in der ambulanten Pflege, auch die Verwaltungsausgaben unseres Hauses und nicht zuletzt die Aufwendungen für freiwillige Vereinigungen von Krankenkassen. Vielen Dank.

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

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Ich kann mich da weitgehend anschließen. Wir fanden es richtig, dass wir auch Teil der Einsparung sind mit minus ein Prozent. Aber diese zusätzliche Absenkung halten wir nicht für sachgerecht. Alles Anhalten zur Digitalisierung, moderne Verwaltungsprozesse, all das, was von uns erwartet wird, das passt nicht zusammen zu diesem Deckel und ich will eine Sache noch anführen. Wir waren beim Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege schon dabei, auch ohne, dass wir das beklagt haben. Aber wir haben jetzt noch die zusätzliche Situation, dass das Pflegeneuordnungsgesetz auch vorsieht, dass die Pflegekasse mit 200 Millionen entlastet wird. Das ist aber eine Belastung der gesetzlichen Krankenversicherungen dann auch. Und das alles zusammen ist natürlich etwas, was wir nicht für sachgerecht halten.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Es ist vorgesehen, dass bei Krankenhäusern, die mindestens 90 Prozent unbeanstandeter Rechnungen gestellt haben, nur ein Prozent der Rechnungen vom Medizinischen Dienst geprüft werden dürfen. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

Die **Vorsitzende**: Ganz schnell.

Claudia Reich (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Es ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein.

Die **Vorsitzende**: Okay, das war wirklich schnell und prägnant. Sehr schön. Dann kämen wir jetzt zu BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit noch mal insgesamt vier Minuten. Frau Heitmann, bitte.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne Georg Wurth vom Deutschen Hanfverband, der, glaube ich, online dabei ist, einmal fragen, wie er die neue Regelung zum Vorrang cannabishaltiger Fertigarzneimittel beurteilt in Hinblick auf die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten und was er sich gegebenenfalls noch wünschen würde, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Cannabis zu verbessern.

Die **Vorsitzende**: Herr Wurth ist in der Tat online dabei, bitte schön.

Georg Wurth (Deutscher Hanfverband): Vielen Dank, Georg Wurth, Deutscher Handverband e.V. Dass dieses quasi Monopol für Exilby jetzt aufgehoben wurde, ist sicherlich ein richtiger Schritt. Was ich aber vor allen Dingen als Beitragszahler sage, weil das auf den THC-Gehalt bezogen mit Abstand das teuerste Cannabis-Medikament ist. Das zu reduzieren jetzt nur, also diese Vorschrift des Therapieversuchs mit Fertigarzneimitteln auf die Indikation und für die das auch zugelassen ist, macht aus meiner Sicht Sinn. Für alle anderen Indikationen eben die Vielfalt der anderen Extrakte zur Verfügung zu stellen, auch. Das sicherlich im Sinne der Patienten, aber eben auch im Sinne der Beitragszahler. Das Problem ist allerdings, dass die Blüten ja abgeschafft worden sind in der GKV-Erstattung und die sind auf den THC-Gehalt bezogen deutlich preiswerter wiederum als die Extrakte und sie sind inhalierbar. Also nichts gegen Extrakte, die sind für viele Patienten auch die richtige Wahl durch die orale Einnahme und durch die längere Wirkungsdauer, aber manche Patienten sind eben auch auf Inhalation angewiesen und auf den schnellen Wirkungseintritt, den das mit sich bringt. Also zum Beispiel…

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Danke, das reicht als Information. Wir würden gerne noch fortfahren und anknüpfen wollen beim Einzeldachverständigen Karagiannidis zum Thema Beitragsstabilisierungsgesetz und Notfallreform in Wechselwirkung. Sollte sich die Koalition entschließen, den 24/7-Aufsuchenden Dienst einzuschränken, so wie er im Gesetz ist, ist dann die Einsparung, die mit der Notfallreform beabsichtigt ist, noch zu erzielen?

Die **Vorsitzende**: Ich wollte nur darauf hinweisen, dass wir heute noch nicht bei der Notfallreform sind. Die kommt dann später, aber trotzdem, die Frage geht an Dr. Karagiannidis und der ist immer noch online dabei.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Ja, vielen Dank. Also es steht und fällt damit, wie viele Patientinnen und Patienten wir in die Notaufnahmen bringen, das Einsparpotenzial. Wir sehen zunehmend, dass die Notaufnahmen geriatrisch werden, und deswegen ist es so eminent wichtig, dass wir einen 24/7-aufsuchenden Dienst haben, der zu Hause die Patientinnen und Patienten behandeln kann. Ich kann das durchaus nachvollziehen, dass wir Regionen in Deutschland haben, wo die Hausärztinnen und Hausärzte das nicht mehr schaffen, aus personellen Gründen, weil die Praxis sonst nicht läuft, aber dann brauche ich irgendwie eine andere Lösung und das wäre zum Beispiel, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Rettungsdienst beauftragen kann, dass wir endlich geriatrische Interventionsteams bekommen, die zu Hause bei den Patientinnen und Patienten vorstellig werden. Es gäbe schon Möglichkeiten, das Ganze zu machen, aber das Einsparpotenzial, das sich die FinanzKommission vorstellt, hängt ganz streng daran, wie viele Patienten am Ende ins Krankenhaus in die Notaufnahmen gebracht werden.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Dann daran anknüpfend, wenn es jetzt so wäre, dass man sagt, die Kassenärztlichen Versorgungen sollen nicht 24/7 sowas bereithalten, wäre es denn dann sachgerecht, dass man sagt, eine spezielle ambulante Notfallversorgung in Zuständigkeit des Rettungsdienstes, wie wir sie mit einem Änderungsantrag vorgelegt haben - und um die Vorsitzende zu korrigieren: wir reden über Beitragsstabilisierung, also können wir Ausgaben nur reduzieren, wenn wir eben eine sachgerechte Versorgung hinbekommen - wäre dieser Änderungsantrag, dem Rettungsdienst entsprechende Möglichkeiten zu geben, dann eine Alternative dazu, dass man entweder das eine oder das andere tut?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Ich würde das sehr begrüßen. Wenn die Kassenärztlichen Versorgungen es selbst nicht sicherstellen können, dann ist der Rettungsdienst natürlich eine hervorragende Möglichkeit, wo man viele Kolleginnen und Kollegen hat, die gerade nach draußen fahren können und daran gewöhnt sind, auch die Patienten vor Ort zu behandeln.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann kommen wir noch mal zur Linken mit einer Minute. Bitteschön.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Vielen Dank. Meine Frage richtet sich an die BAG-Selbsthilfe, und zwar die gleiche Frage, die schon an Herrn Wurth vom Hanfverband gestellt wurde bezüglich der Regelung der Cannabisblüten und ob damit nicht nur die Richtung stimmt, sondern ausreichend ist, was dort mit dem Änderungsantrag vorgeschlagen wurde.

Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG-Selbsthilfe)): Ganz herzlichen Dank. Wir können das bestätigen. Gerade Menschen mit Spastik, also Multiple Sklerose oder Schmerzen brauchen dringend inhalative Extrakte. Wir sehen da dringenden Bedarf für eine Nachbesserung der gesetzlichen Regelung, weil derzeit die verfügbaren verdampfbaren Extrakte meistens nicht erstattet werden. Die Patienten brauchen schnell wirksame Cannabis-Extrakte, um dieses Wirkanflutungen bei der Symptombehandlung herzustellen.

Die **Vorsitzende**: Danke. Dann hätten wir jetzt noch in der vierten Runde die CDU/CSU-Fraktion mit vier Minuten. Frau Seitz, bitte.

Abg. **Nora Seitz** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte eine Frage an den Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung und an Pharma Deutschland. Welchen Einfluss werden die geplanten Vergütungsabschläge auf die DiGA-Versorgung aus Ihrer Sicht haben? Welche Alternativen sehen Sie? Mit der Bitte um eine kurze Antwort.

Dr. Anne Sophie Geier (Spitzenverband digitale Gesundheitsversorgung (SVDGV)): Ja, Anne Geier für den SVDGV. Zum Einfluss: Erst vor drei Monaten wurden Mengenabschläge von bis zu 30 Prozent und mehr beschlossen. Mit diesen und der erfolgsabhängigen Vergütung, die erst ab 2027 greifen, haben wir zwei Abschläge, deren Auswirkungen wir noch gar nicht kennen. Und jetzt soll schon der dritte Abschlag folgen. Ich kann Ihnen sagen, das bringt enorme Planungsunsicherheit. Die Unternehmen wissen nicht, welchen Preis sie für ihre Therapie bekommen im nächsten Jahr. Wir reden hier von Abschlägen von 70 Prozent und mehr. Und ich kann Ihnen sagen, wir werden Insolvenzen sehen. Wir werden sehen, dass wir viel weniger DiGA auf dem Markt haben, denn auf Dauer hält das keine Branche aus. Wir haben auch schon gehört. Die Regelung ist auch nicht sachgerecht aus unserer Sicht. Es gibt viele Gründe, warum Patienten ihre Therapie abbrechen, die nicht im Einflussbereich des Herstellers liegen. Es ist vor allen Dingen auch so, dass es auch frühe Therapieerfolge gibt, zum Beispiel beim Thema Rauchstopp oder auch bei Panikstörung. Das ist alles publiziert. Diese starre Vier-Wochen-Grenze wird dem einfach nicht gerecht. Es ist auch nicht praxistauglich. Wir haben 10 000 Verwaltungsvorgänge. Damit rechnen wir durch diese Regelung. Deswegen plädieren wir dafür, wirklich diese Regelung nicht umzusetzen, zu evaluieren, was die bereits beschlossenen Vergütungsabschläge bewirken und dann im nächsten Jahr zu schauen, ob wir gegebenenfalls in Richtung Erprobungsphase noch mal schauen müssen. Aber zunächst jetzt erstmal zu evaluieren, was wir bereits beschlossen haben. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Die Frage ging auch an Herrn Hilmer von Pharma Deutschland.

Christian Hilmer (Pharma Deutschland): Vielen Dank für die Frage. Ich kann mich der einhundert Prozent aus Industriesicht meiner Vorrednerin anschließen. Deswegen möchte ich nur zwei Punkte ergänzen. Neben aller Bürokratie ist für mich nicht nachvollziehbar, warum Anbieter für das Nutzungsverhalten der Nutzer finanziell verantwortlich gemacht werden. Das gibt es in keiner anderen Branche. Ganz wichtiger Punkt aus meiner Sicht. Gleichzeitig ist das Einsparpotenzial so gut wie nicht vorhanden. Das hat gerade auch der GKV-Spitzenverband ausgeführt. Deswegen denke ich, macht diese zusätzliche Bürokratie keinen Sinn. Deswegen, wenn es um Alternativen geht, ich würde die gerade beschlossenen Maßnahmen im Beitragssatzstabilisierungsgesetz erst mal wirken lassen, bevor weiter reguliert wird.

Abg. **Nora Seitz** (CDU/CSU): Vielen Dank. Jetzt hätte ich eine Frage an den GKV-Spitzenverband und den BKK Dachverband. Vorgesehen ist die Erhebung erfolgsabhängiger Abschläge auf die Vergütung von digitalen Gesundheitsanwendungen in

Höhe der Quote der Nutzungsabbrüche von Versicherten in den ersten 28 Tagen. Ergibt sich aus dieser Regelung für die finanzielle Entlastung der Krankenversicherung hinaus auch ein qualitativer Mehrwert für die Versorgungsrealität der Versicherten?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Grunenberg und dann Frau Bosch, bitte

Dr. Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. Ich hatte es vorhin schon ausgeführt, dass wir da mal an der Stelle mit der Industrie zu einer ähnlichen Bewertung kommen. Gleichwohl, wenn es darum geht, Effizienzpotenziale zu heben, will ich noch mal darauf hinweisen, dass die FKG beispielsweise das Thema initiale Preisfreiheit, Erprobungsregelung adressiert hat. Da liegen noch mal größere Potenziale, auf die ich aufmerksam machen möchte.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Bosch, bitte.

Stephanie Bosch (BKK Dachverband): Danke für die Frage. Es ist sinnhaft, dass sich Qualität und Akzeptanz von DiGAs in der Vergütung widerspiegeln. Demnach kann die Regelung neben der finanziellen Wirkung auch einen qualitativen Mehrwert entfalten, wenn ein Teil der Vergütung davon abhängt, ob Versicherte eine DiGA tatsächlich über die ersten Wochen hinaus nutzen, entsteht für die Hersteller ein zusätzlicher Anreiz, ihre Anwendung nutzerfreundlich und versorgungsnah auszugestalten und die Adhärenz zu verbessern. Insofern begrüßen wir, dass frühe Therapieabbrüche besser berücksichtigt werden. Kritisch sehen wir weniger Zielrichtungen als die konkrete Umsetzung. Die vorgesehenen Nachweis-Rückforderungs-Korrektur-Verfahren können erhebliche zusätzliche Bürokratie verursachen. Aus unserer Sicht wäre beispielsweise ein kostenfreier Testzeitraum von 14 Tagen ein deutlich einfacherer Weg, um Anwendungen, die frühzeitig nicht weiter genutzt werden, nicht vollständig zu vergüten. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Damit sind wir am Ende der Anhörung. Ich darf mich bei Ihnen allen bedanken, dass Sie wieder zu uns gekommen sind. Wir werden die Anhörung sorgfältig auswerten und unsere Schlüsse ziehen. Ich darf Ihnen noch einen guten Nachhauseweg und einen schönen Abend wünschen.

Schluss der Sitzung: 17:40 Uhr

gez
Dr. Tanja Machalet, MdB
Vorsitzende