



Wortprotokoll der 150. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 12. April 2021, 11:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 6

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungs-
weiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

BT-Drucksache 19/26822

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales



**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

-19/26822-

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates

BT-Drucksache 19/27214

- c) Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Haushaltsausschuss

Herdenimmunität durch flächendeckenden Antikörpertests ermitteln – unnötige Impfrisiken vermeiden

BT-Drucksache 19/27202

- d) Antrag der Abgeordneten Sylvia Gabelmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Patientenberatung jetzt gemeinnützig ausgestalten – Privatisierung rückgängig machen

BT-Drucksache 19/27833

- e) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Eine starke Stimme für Patientinnen und Patienten – Patientenstiftung gründen und Unabhängige Patientenberatung reformieren

BT-Drucksache 19/25382



- f) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mehr Transparenz und mehr Anreize für eine bessere Versorgung im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherungen

BT-Drucksache 19/26889

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

- g) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kai Gehring, Dr. Janosch Dahmen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Perspektive für Therapieberufe schaffen – Verbindlichen Fahrplan für die reguläre akademische Ausbildung aufstellen

BT-Drucksache 19/27829

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Knoerig, Axel Lezius, Antje Nordt, Kristina Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 13:32 Uhr

Der **Vorsitzende** Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, in unserer heutigen Anhörung geht es um den Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“, einen Antrag der Fraktion der AfD „Herdenimmunität durch flächendeckenden Antikörpertests ermitteln“, einen Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Patientenberatung jetzt gemeinnützig ausgestalten“, einen Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Eine starke Stimme für Patientinnen und Patienten - Patientenstiftung gründen und Unabhängige Patientenberatung reformieren“, einen weiteren Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Mehr Transparenz und mehr Anreize für eine bessere Versorgung im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherungen“, sowie um einen dritten Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Perspektive für Therapieberufe schaffen“. Meine sehr geehrten Damen und Herren, der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung zielt darauf ab, die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung durch verschiedene Maßnahmen zu steigern. Dazu gehören die dauerhafte Sicherstellung verlässlicher Daten zu den ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen oder die Erweiterung von Leistungsansprüchen und -angeboten für gesetzlich Versicherte. Darüber hinaus wird der Notlagentarif der PKV reformiert. Die Hospiz- und Palliativversorgung soll durch die Koordinierung in Netzwerken gefördert und die ambulante Kinderhospizarbeit gestärkt werden. Die AfD fordert in ihrem Antrag „Herdenimmunität entwickeln“ ausreichend Antikörpertests zur Verfügung zu stellen, um auf diese Weise eine Einschätzung über die bereits erzielte Immunität der Bevölkerung zu erhalten. DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschäftigen sich in ihren Anträgen mit dem Ausschreibungs- und Vergabeverfahren der UPD. Damit sei der UPD Schaden zugefügt worden. Sie schlagen deshalb vor, die UPD in eine gemeinnützige und patientennahe Trägerschaft beziehungsweise Stiftung zu überführen. In weiteren Anträgen fordert die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Bundesregierung auf, einmal den Preiswettbewerb zwischen den GKVern durch einen Wettbewerb um mehr Transparenz und mehr Anreize für eine bessere Versorgung zu ersetzen und zweitens gemeinsam mit den Ländern einen verbindlichen Fahrplan

zur Akademisierung der Berufsausbildung der Ergotherapeuten, der Logopäden sowie der Physiotherapeuten festzulegen und zu vereinbaren, wie die Kosten der Umstellung zwischen Bund und Ländern aufgeteilt werden. Bevor wir anfangen, will ich kurz den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten werden auf die einzelnen Fraktionen nach ihrer Stärke verteilt. Auf CDU/CSU entfallen 31 Minuten, auf die SPD 20 Minuten, die AfD hat 11, die FDP 10 Minuten und DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 9 Minuten. Ich darf sowohl die Fragenden wie auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit wir viele Fragen und Antworten bearbeiten können. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Frage daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie auf dem Videowürfel hier im Saal zu sehen. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung morgen im Parlamentsfernsehen gezeigt und das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Ich danke allen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Wir beginnen mit der Fragezeit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen (ESV) Prof. Dr. Wasem. Seit der Ergänzung des Morbi-RSA um den Hochrisikopool bestehen meiner Meinung nach zu wenige Anreize für Krankenkassen zum Abschluss von Pay-for-Performance-Verträgen. Teilen Sie diese Ansicht? Falls ja: Welchen Vorschlag hätten Sie, um das zu ändern?

ESV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Vielleicht zwei Sätze zum Hintergrund. Wir erleben in der Arzneimitteltherapie zurzeit, dass Hochpreistherapien, Gentherapien zum Beispiel, auf den Markt kommen, die sehr hohe Preise haben, weil sie eine Einmaltherapie mit einem langen Wirkzeitraum versprechen, aber sehr viel Ungewissheit da ist, ob diese Wirksamkeit tatsächlich so lang da ist, weil die Daten oft auf kurzen Studien basieren. Vor dem Hintergrund hat sich sowohl in der Kassenlandschaft als



auch bei den Herstellern die Überzeugung durchgesetzt, man sollte erfolgsabhängige Verträge, also Pay-for-Performance-Verträge machen, damit man die Ungewissheit nicht alleine auf den Schultern der Kassen ablädt, die diese Verträge dann bezahlen müssen, sondern die Hersteller daran beteiligt. Da kommt in der Tat der Risikopool ins Spiel, weil der Risikopool, den wir seit 1. Januar 2021 haben, vorsieht, wenn Versicherte in einem Jahr mehr als 100 000 Euro Kosten verursachen, 80 Prozent dessen, was über den 100 000 Euro liegt, durch den Risikopool erstattet werden. Das greift unmittelbar in die Anreizwirkung für solche P4P-Verträge ein. Ein bis letztes Jahr durchaus häufiger praktiziertes Modell waren Ratenverträge. Das läuft dann so, ich mache einmal ein Beispiel für fünf Jahre. Statt bei einem Preis von einem Arzneimittel, nehmen wir eine Gentherapie, die eine Million Euro kostet, statt die eine Million Euro vorher zu zahlen, hat man fünf Raten à 200 000 Euro vereinbart. Wenn der Misserfolg eintritt, zum Beispiel im Jahr drei, vier und fünf, dann entfallen die Raten. Unter dem Risikopool ist dieses Modell jetzt faktisch tot. Wenn ich anfangs die eine Million Euro zahle, bin ich einmal mit einer Million Euro dabei und davon übernimmt dann, von den jenseits des 100 000er Wertes 80 Prozent der Risikopool. Zahle ich dagegen fünf Raten, so ist jedes Mal wieder die Selbstbeteiligung der Kasse von 100 000 Euro dabei. Deswegen ist das Modell tot. Umgekehrt ist es sogar so, wenn ich einen Vertrag abschließe, der beispielsweise so aussieht, ich zahle anfangs eine Million Euro und wenn im dritten Jahr das Arzneimittel nicht mehr wirkt, dann bekomme ich 500 000 Euro, 800 000 Euro, was auch immer, vom Hersteller wieder, das Geld kann man dann einstecken als Kasse und muss davon nichts an den Risikopool abgeben, obwohl man anfangs, als man die eine Million gezahlt hat, einen sehr hohen Betrag aus dem Risikopool bekommen hat. Das ist ungünstig, das verzerrt die Anreize. Letzteres führt sogar dazu, dass eine Kasse verdient am Therapieversagen, was auch ethisch, finde ich, nicht unproblematisch wäre. Deswegen sollte man das meiner Meinung nach ändern. Die denkbare Lösung wäre, dass man bei Ratenzahlungen regelt, dass die Selbstbeteiligung nur einmal anfällt und nicht jedes Jahr wieder neu, und umgekehrt, bei solchen erfolgsabhängigen Modellen, wo ich zu Beginn zahle und dann gegebenenfalls das Geld wiederbekomme, müsste man

regeln, wenn ich vorweg Geld vom Risikopool bekommen habe, muss ich hinterher das, was ich zurückbekomme, zu 80 Prozent in den Risikopool wieder reintun. Das könnte man regeln, ich habe hier einen Formulierungsvorschlag gemacht. Ich weiß, dass das in der Umsetzung nicht ganz einfach ist, das hört sich jetzt sehr banal an, es ist technisch durchaus komplex, deswegen gibt es auch einen Prüfauftrag des BMG an das BAS sich das einmal genauer anzuschauen. Ich fände es trotzdem wichtig, wenn wir auch ein Signal des Gesetzgebers bekommen, dass das geändert werden sollte.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage möchte ich an den **ESV Bauernfeind** richten. Wir wollen mit dem Gesetz auch die Hospiz- und Palliativversorgung stärken. Sie haben einen Vorschlag unterbreitet, wie die Versorgung schwerstkranker Menschen durch einen Anspruch auf Begleitung, etwa durch eine Änderung von § 132g SGB V noch weiter verbessert werden kann. Können Sie uns das bitte erläutern?

ESV Johannes Bauernfeind: Hintergrund ist die Tatsache, dass es in der palliativen Versorgung an vielen Stellen Versorgungspunkte gibt, die unzureichend miteinander koordiniert sind. Das heißt, in gesetzlichen Grundlagen gibt es eine ganze Reihe an Punkten, wo Versorgung stattfinden kann, ich nenne als Beispiel die SAPV oder auch die stationäre Versorgung in Krankenhäusern und auch die niedergelassene Versorgung, wo Hausärzte und Fachärzte auch palliativ tätig sind. Zwischen diesen Strukturen gibt es häufig wenig Abstimmung und vor dem Hintergrund, dass insbesondere in der Onkologie palliative Lebenssituationen auftreten können, gibt es seit vielen Jahren in Baden-Württemberg eine sogenannte Brückenpflege, wo schon zu Beginn oder bei Klarheit über die weitere therapeutische Entwicklung eines Patienten im Krankenhaus eine Weiterversorgung koordiniert und gesteuert wird, die dann dazu beiträgt, dass die einzelnen Versorgungspartner in der Versorgung später zum richtigen Zeitpunkt für die Menschen an der richtigen Stelle sind. Das ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass die Palliativversorgung keine Dauerversorgung ist, die ständig und immer wieder viele Zeiteinheiten pro Tag tätig sein muss, sondern dass sie sehr oft punktuell stattfindet, so wie Stand heute, auch die Erkenntnis, dass



palliativversorgte Patienten in dem letzten Lebensjahr nur ungefähr fünf Prozent ihrer Lebenszeit mit Versorgung zubringen. Dazwischen gibt es natürlich viele andere Lebenssituationen für diese Menschen. Das macht auch deutlich, dass dann immer auch entscheidend ist, diese Versorgung auch zum richtigen Augenblick anzusetzen. Ich persönlich bin der Überzeugung, dass dieses Versorgungsangebot, das im § 132g SGB V etabliert werden könnte, tatsächlich in der GKV keine Zusatzkosten verursachen würde, sondern dass durch Vermeidung von Wiederaufnahmen und Entgleisungen es irgendwie möglich wäre, auch Kosten zu sparen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Herr Bauernfeind, mit der Bitte um kurze Beantwortung: Sie haben in Ihren schriftlichen Ausführungen noch darauf hingewiesen, dass Sie es in diesem Zusammenhang als notwendig erachten, die Begrenzung der Regionalkomponente auf 75 Prozent noch bis zum Jahr 2023 zu verlängern. Können Sie uns den Zusammenhang bitte noch einmal darstellen?

ESV **Johannes Bauernfeind**: Noch einmal die Logik, dass eine gute niedergelassene Versorgung durch einen hohen Anteil von palliativ tätigen niedergelassenen Ärzten letzten Endes dazu beiträgt, dass Menschen entsprechend ihrem Wunsch versorgt werden, um dann tatsächlich nach Möglichkeit im häuslichen Umfeld zu versterben. Diesem Wunsch wird nicht gerecht, kommen wir nicht in hinreichendem Maß nach, weil zu viele Menschen im Krankenhaus versterben. Fakt ist, dass mit der Änderung im Morbi-RSA die Anreize, solche ambulanten Versorgungsstrukturen zu stärken, geschwächt werden und dem gegenüber im Grunde genommen stationäre Strukturen refinanziert werden über die Regionalkomponente im RSA. Hier ist zu wenig wissenschaftliche Erkenntnis vorhanden. Vor diesem Hintergrund sollte die Übergangsphase, die zuletzt im GKV-FKG mit zunächst 75 Prozent und dann mit 100 Prozent im Jahr 2022 eingesetzt wurde, entsprechend verlängert werden, bis die Evaluation, die im Jahr 2023 vorliegen soll, dann auch dazu entsprechende Erkenntnis liefert. Natürlich wäre dazu auch ein expliziter Auftrag an den wissenschaftlichen Beirat des BAS erforderlich.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Uns erreichen Berichte, wonach Kliniken Personalkosten für Pflegekräfte aus dem medizinisch-technischen Funktionsdienst im Pflegebudget ansetzen, die eigentlich nicht dem Pflegebudget zuzuordnen sind, da sie keine pflegerischen Tätigkeiten ausüben. Sind Ihnen auch solche Fälle bekannt? Falls ja: Was würden Sie vorschlagen, um dem nachhaltig vorzubeugen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben bereits im ersten Jahr nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen festgestellt, das hat das InEK festgestellt, dass die Pflegepersonalkosten um rund 1,6 Milliarden Euro gestiegen sind. Das hätte Neueinstellungen von rund 30 000 Pflegekräften impliziert. Das ist angesichts der angespannten Arbeitsmarktsituation doch eher zweifelhaft. Selbst mit gutem Willen war nur rund die Hälfte dieses Ausgabenanstiegs dadurch zu erklären. Es muss also offensichtlich eine substantielle Verschiebung von anderem Personal, das bislang im medizinisch-technischen Dienst und Funktionsdienst verbucht war, stattgefunden haben. Beispielhaft kann man die Personalentwicklung bei einem großen privaten Krankenhausträger anführen. Dessen Pflegedienst ist von 2018 auf 2019 um über 15 Prozent gestiegen. Der medizinisch-technische Dienst ist im gleichen Umfang zurückgegangen. Teilweise wird sogar die Zugehörigkeit von Angehörigen gänzlich versorgungsferner Berufsgruppen, wie etwa Verwaltungsmitarbeiter oder Bankkaufleute, zum Pflegebudget geltend gemacht. Für die besteht aber auch schon die Möglichkeit, als pflegeentlastende Maßnahmen in Höhe von vier Prozent des Pflegebudgets anerkannt zu werden. Die rein virtuelle Verschiebung, ich glaube, da sind wir uns einig, verbessert die Personalsituation für die Patientinnen und Patienten nicht, auch nicht für die Pflegekräfte. Deshalb halten wir eine eindeutige und abschließende gesetzliche Festlegung der Berufsgruppen, die Pflege am Bett leisten können und dürfen und daher im Pflegebudget berücksichtigungsfähig sind, für geeignet, um diese Fehlentwicklung zumindest zu begrenzen, und aber auch das Konfliktpotential in den Budgetverhandlungen erheblich zu mindern. Hier schlagen wir vor, auf die Berufsgruppendefinition der PpUGV zurückzugreifen. Dann



wären auch beide Regelungskreise widerspruchsfrei verknüpft. Wie das konkret aussieht, haben wir in unserer Stellungnahme dargelegt.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die KZBV. Der Gesetzentwurf sieht vor, eine verpflichtende Berufshaftpflichtversicherung für Ärztinnen und Ärzte sowie für Zahnärztinnen und Zahnärzte im SGB V einzuführen. Wie bewerten Sie das?

SV **Martin Hendges** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Zunächst einmal darf ich festhalten, dass eine angemessene Versicherung der Zahnärzte gegen Haftpflichtansprüche aus ihrer beruflichen Tätigkeit ein zentrales Element des Patientenschutzes ist und deshalb auch eine Berufshaftpflichtversicherung in den Berufsordnungen ausnahmslos aller Zahnärztekammern als Berufspflicht verankert ist. Damit ist bereits schon heute die Zahnärztin beziehungsweise der Zahnarzt verpflichtet, seine Berufshaftpflichtversicherung mit der Meldung bei der Kammer vorzulegen und auch auf Verlangen nachzuweisen. Verstöße dagegen werden konsequent verfolgt. Dieses System hat sich in der Vergangenheit absolut bewährt. Insofern lehnen wir die geplante Einführung einer sozialversicherungsrechtlich verankerten Berufshaftpflichtversicherung im SGB V neben der bereits bestehenden berufsrechtlichen Pflicht ab. Uns liegen auch weder quantifiziert noch qualifiziert Fälle vor, in denen Haftpflichtansprüche auf Grund fehlender Berufshaftpflichtversicherung nicht geltend gemacht werden konnten. Es macht aus unserer Sicht keinen Sinn, das bestehende System in das Sozialrecht beziehungsweise das SGB V zu spiegeln und zwei parallele Versicherungspflichten zu etablieren. In der Zahnmedizin lassen sich zudem vertragszahnärztliche und privat Zahnärztliche Haftungsansprüche auch nicht voneinander abgrenzen. Das beste Beispiel dazu ist das Festzuschussystem. Ungeachtet dessen würde eine sozialrechtliche Berufshaftpflichtversicherung nicht für Leistungen außerhalb des GKV-Bereichs greifen. Damit bliebe systembedingt ein Teil der erbrachten zahnärztlichen Leistungen außen vor. Im Fazit also bitte keinen Aufbau paralleler Versicherungspflichten und damit auch die Vermeidung von unnötigen Verwal-

tungsaufwänden. Wenn man denn bundesgesetzlich hier irgendetwas regeln wollte, wäre der richtige Regelungsort das ZHG.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den G-BA und an den Verband der Universitätsklinika. Sie plädieren dafür, die sogenannte NUB-Lücke bei den Arzneimitteln zu schließen, weil für innovative Arzneimittel, die noch nicht ausreichend in den DRG abgebildet sind, im stationären Sektor für bis zu 18 Monate keine angemessene Finanzierung besteht. Können Sie das bitte kurz ausführen?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Es geht mir hier in erster Linie um CAR-T-Zell-Therapien. Dabei handelt es sich in der Regel um Kombinationen aus einem invasiven Eingriff, in der Regel allogene Stammzelltransplantation, plus Einsatz eines Arzneimittelwirkstoffs, mit dem das Transplantat angereichert wird. Sehr teure Therapien, die von den klassischen DRG nicht abgedeckt sind. Wir sprechen über 500 000 bis eine Million Euro jährliche Kosten. Deshalb nicht abgedeckt in der Regel, weil sie in der Versorgungspraxis als Last-Line-Therapie eingesetzt werden, in Situationen, in denen die zweckmäßige Vergleichstherapie üblicherweise Best Supportive Care ist. Das heißt faktisch, dass keine angemessene Vergütung erfolgt. Um diese Arzneimittel den Patienten schneller zur Verfügung zu stellen, haben Sie als Deutscher Bundestag vor zwei Jahren diese ATMPs (Advanced Therapy Medicinal Products) ausnahmslos, bis auf Knorpelprodukte, § 35a SGB V unterstellt, weil der Gedanke war, hier können Patienten nicht drei oder vier Jahre auf eine Methodenbewertungsverfahren warten, weil sie regelhaft nach sechs Wochen oder zwei Monaten versterben. Sie haben des Weiteren die Regelung getroffen, dass der G-BA hier Qualitätsrichtlinien festlegen kann, damit nicht jede Klinik in der Republik diese sehr komplexen Therapien erbringt, sondern qualitätsgesicherte und indikationsgerechte Leistungserbringung möglich ist. Dabei gibt es aber einen Webfehler im System. Diese ATMPs werden nach wie vor nicht arzneimittelrechtlich vergütet. Das heißt, es gibt keinen Erstattungsanspruch ab dem Zeitpunkt der Markteinführung, sondern sie werden wie NUBs (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) behandelt. NUB-Anträge können



einmal im Jahr gestellt werden. Beispiel: Ein ATMP kommt zwei Tage nach der Antragstellung für die NUBs in den Markt, dann muss ein Jahr gewartet werden, bis ein entsprechender Antrag gestellt wird, der dann nach einem Jahr bearbeitet wird. Das dauert auch noch einmal vier oder fünf Monate und in der Zwischenzeit sind Patientinnen und Patienten, auch Kliniken darauf angewiesen, dass im Einzelfall nicht nur die Indikationsgerechtigkeit der Anwendung, sondern auch die Frage ob und unter welchen Voraussetzungen überhaupt eine Kostenübernahme erfolgt, durch Einzelentscheidungen der Kassen geprüft wird. Das widerspricht aus meiner Sicht dem, was der Gesetzgeber mit der Unterwerfung der ATMPs unter § 35a SGB V gewollt hat, Patienten in lebensbedrohlichen Situationen sehr schnell auch einen sauberen Anspruch auf Vergütung von innovativen Therapien zu geben, sie nicht lange warten zu lassen, selbstverständlich Überprüfung der Indikation im Einzelfall zu ermöglichen, aber nicht die Leistungserbringungsberechtigung der Klinik im Einzelfall zu prüfen, weil wir dafür die Qualitätssicherungsrichtlinie haben. Deshalb plädieren wir hier dafür, den letzten Schritt, der noch fehlt, auch zu tun und zu sagen, wenn § 35a SGB V, wenn Qualitätssicherungsrichtlinie, dann auch außerhalb des normalen Turnus die Möglichkeit der Vereinbarung eines Sonderentgeltes für die Kliniken, damit Patienten nicht versterben, während über einen Antrag auf Leistungserbringung im Worst-Case-Szenario zwischen Kostenträger und Klinik diskutiert wird.

SV Jens Bussmann (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Prof. Hecken hat es gerade schon ausgeführt, das Problem ist das Auseinanderklaffen zwischen dem Zeitpunkt der Marktzulassung und dem daraus resultierenden Leistungsanspruch des Versicherten und der erst oftmals verzögerten Möglichkeit, ein sachgerechtes Entgelt in Form eines NUB-Entgeltes festlegen zu können. Das Problem ist, wie schon gerade geschildert: Es wird immer bedeutsamer, vor allen Dingen, weil wir immer mehr Therapien haben, die sich im hochpreisigen Segment bewegen, die CAR-T-Zell-Therapie ist da ein Beispiel, wo man sagen kann, auf Dauer ist das, was jetzt praktiziert wurde, nämlich Einzelkostenanträge, die werden der Sache nicht gerecht. Sie sind bürokratisch, sie führen auch dazu, dass die Leistungserbringer, insofern

auch die Uni-Kliniken, keine sachgerechte Refinanzierung der entstehenden Kosten erfahren können, auch vor dem Hintergrund, dass diese Kosten oftmals mehr sind als nur die Arzneimittelkosten. Vor diesem Hintergrund würden wir jetzt zunächst in einem ersten Schritt ganz klar dafür plädieren, diese Fristsetzung, die wir beim NUB-Verfahren haben, zumindest für die hochpreisigen Behandlungsmethoden zu entfristen, sodass man Krankenhäusern die Möglichkeit gibt, ganzjährig einen NUB-Antrag für hochpreisige Verfahren zu stellen. Dass man dann sagt, das InEK entscheidet beispielsweise binnen einer Frist von acht Wochen über diesen NUB-Antrag, sodass dann auf der Ortsebene zwischen den Kliniken und den Kostenträgern binnen einer Frist von beispielsweise drei Monaten dort auch ein Entgelt festgelegt werden kann, sodass wir diese NUB-Lücke auf wenige Monate begrenzen können und dann zeitnah zu einer Kostenerstattung kommen, die natürlich, so wie es Prof. Hecken auch sagte, mit Blick auf ATMPs oder auch das AMNOG und den Gesetzmäßigkeiten, die schon da sind, mit den Richtlinien des G-BA auch stattfinden würden.

Abg. Alexander Krauß (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Das Gesetz sieht auch Maßnahmen vor, um Transparenz und Qualitätssteigerung herbeizuführen im Gesundheitswesen. Wir haben gerade auch, was das Thema Impfen betrifft, sehr zeitnahe Informationen, wie viele Menschen geimpft worden sind. Das hat sich als sehr positiv herausgestellt. Derzeit sind in der vertragsärztlichen Versorgung aussagekräftige Abrechnungsdaten erst sechs Monate nach Quartalsende für die Krankenkassen verfügbar. Halten Sie diesen Zeitraum für ausreichend?

SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Sie haben es erwähnt, für die Zwecke der Transparenz, insbesondere in Pandemiezeiten, ist es sehr wichtig, die Daten frühzeitig zu haben. Da ist, nach unserer Auffassung, ein halbes Jahr nach Quartalsende zu spät. Im Extremfall bedeutet das nämlich, dass die Daten erst neun Monate später, also nach den Erkrankungen oder speziellen Versorgungsbedarfen vorliegen. Wir haben das gesehen bei der Datenselektion für die Zuteilung der FFP2-Masken, und aktuell auch wieder bei der Impfpriorisierung. Da sind wir von einzelnen Bundesländern gebeten



worden, auch die entsprechenden Daten zu liefern. Viele Versicherte mit entsprechenden Vorerkrankungen können aktuell nicht erkannt werden und bekommen dann auch kein Impfangebot, und das, obwohl diese Versicherten vom Arzt bereits lange als Anspruchsberechtigte diagnostiziert worden sind. Wir sind der Auffassung, die Übermittlung sollte beschleunigt werden. Deshalb fordern wir, dass die KVen gesetzlich verpflichtet werden sollten, die Abrechnungsdaten spätestens drei Monate nach einem Abrechnungsquartal an die Krankenkassen zu übermitteln.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Krebshilfe. Wie bewerten Sie den Vorschlag, Arzneimittel zur Raucherentwöhnung von der GKV erstatten zu lassen?

Sve **Dr. Ulrike Helbig** (Deutsche Krebshilfe (DKH)): Das hat zwei verschiedene Aspekte, nämlich einmal Raucherentwöhnungen für Erkrankte, in diesem Fall kann ich für Krebserkrankte sprechen. Wissenschaftlich zeigt sich, dass die therapeutischen Erfolge auch mit Inklusionen einer Raucherentwöhnung während der Therapie erfolgreicher sein können. Insofern ist es für Krebserkrankte zu empfehlen. Hinzuweisen ist, dass man evidenzbasierte Methoden wählen sollte, die da sind: medikamentöse Therapie plus therapeutische Ansätze, also Gesprächstherapie. Gleichzeitig wäre zu berücksichtigen, dass natürlich auch Raucher einer Entwöhnung zugeführt werden sollten, da 20 000 Krebsneuerkrankungen auf die Entwöhnung zurückzuführen und 120 000 Tote pro Jahr zu verzeichnen sind durch das Rauchen. Das heißt also, durch eine gezielte und evidenzbasierte Raucherentwöhnung können ökonomisch hohe Kosten von bis zu 98 Milliarden Euro pro Jahr vermieden werden. Wenn man hinzuziehen würde den Schaden, der erfolgt, also den individuellen Schaden und den Schmerz, könnte man das noch einmal beziffern mit weiteren 97 Milliarden Euro, das heißt, allein aus ökonomischen Aspekten wäre eine Raucherentwöhnung dringend zu empfehlen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich richte die nächste Frage noch einmal an den G-BA. In § 137h SGB V sind die NUB-Bewertungen mit Me-

dizinprodukten hoher Risikoklassen geregelt. Warum halten Sie hier eine Änderung bezüglich der Umsetzung durch das InEK nach vorgezogener positiver Entscheidung des G-BA für erforderlich?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wir haben in letzter Zeit aktuelle Probleme festgestellt. Der Gesetzgeber hat § 137e SGB V geändert und die Regelung getroffen, dass in den Fällen, in denen der G-BA entweder eine Erprobungsstudie implementiert oder eine positive Potentialbewertung abgegeben wird, die Leistung auch in der Grund- und Regelversorgung erbracht werden darf. Wir haben aber festgestellt, dass hier das Problem auftritt, das in der Vergangenheit auch häufig bei Diagnostika im Bereich der Arzneimittelanwendung aufgetreten ist. Es gibt zwar einen Leistungsanspruch für Versicherte, dieser wird aber sehr häufig vom InEK nicht automatisch mit entsprechenden Vergütungsziffern hinterlegt. Sie erinnern sich, vor einigen Jahren hatten wir das Problem im AMNOG. Wir haben neue Krebstherapien für 200 000 Euro Jahrestherapiekosten zugelassen. Voraussetzung war ein genetischer Test. Der hat 7 000 Euro gekostet, und dieser Test wurde dann im EBM nicht abgebildet, sodass der Versicherte entweder den Test selber bezahlen musste oder nicht in den Genuss der Arzneimitteltherapie kam. Hier hat der Gesetzgeber eine Regelung getroffen, die sagt, wenn der G-BA eine entsprechende qualitätsgesicherte Anforderung in Gestalt eines Tests fordert, muss vom Bewertungsausschuss binnen drei Monaten eine entsprechende Hinterlegung auch dieser Leistung erfolgen, damit sie finanziert wird. Eine ähnliche Regelung wäre denkbar in den Fällen, in denen wir sagen, eine neue Behandlungsmethode hat ein Potential. Das Potential ist so groß, dass es überhaupt keiner Erprobungsstudie bedarf, es darf im stationären Kontext als Leistung weiterhin erbracht werden. Dann kann und darf es keine drei, vier oder fünf Jahre dauern, bis eine Vergütung erfolgt.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband der Arzneimittelhersteller. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Neuregelungen in den §§ 130b, Absatz 7 und 8a SGB V zur Fortgeltung des Erstattungsbetrages für patent- und unterlagenschutzfreie Arzneimittel?



SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH)): Mit der Perpetuierung des Erstattungsbetrages über den Ablauf des Patent- und Unterlagenschutzes hinaus wird ein neues Instrument eingeführt. Es hätte nach unserer Auffassung ausgereicht, den Erstattungsbetrag in den normalen Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers zu überführen, denn dieser unterliegt den Abschlägen nach § 130a SGB V, also insbesondere dem siebenprozentigen Abschlag und dem Preismoratorium. Diese Abschläge wären geeignet, auch unter dem Aspekt der Kostenstabilität, hier diese zu gewährleisten. Besonders problematisch ist, dass der GKV-Spitzenverband das Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises auf der Basis eines Preisstrukturmodells einseitig im Vernehmen mit den Herstellerverbänden regeln soll. Das Preisstrukturmodell hat, wie die amtliche Begründung auch ausführt, grundsätzlich unterschiedliche und zum Teil sehr komplexe Ausprägungen, wie insbesondere MengenkompONENTEN. Angesichts dieser Komplexität und der Eingriffstiefe in die grundgesetzlich geschützte Preisfreiheit der pharmazeutischen Unternehmer ist nach unserer Auffassung notwendig, dass dieses Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises und des Preisstrukturmodells in den Rahmenvereinbarungen nach Absatz 9 erfolgt. Wir haben hier ein solches Instrument, sodass der GKV-Spitzenverband mit den Herstellerverbänden abschließen kann. Hier gehört auch das Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises hin. Im § 130b ist ein einseitiges Bestimmungsrecht des GKV-Spitzenverbandes nicht, oder ist fremd, das kennen wir nicht. Deshalb ist eine Rahmenvereinbarung notwendig. Anders als beim Preismoratorium ist es nicht so einfach möglich, den Preis für ein biologisches Arzneimittel oder für ein Arzneimittel zur Behandlung seltener Leiden einfach umzurechnen, umzuwandeln in einen neuen Berechnungspreis. Das sind hier sehr viel komplexere Arzneimittel als solche Arzneimittel, die dem normalen Preismoratorium unterliegen. Diese Arzneimittel sind seit vielen Jahren patentfrei im Markt. Hier ist eine einfache Umrechnung notwendig. Also wir schlagen vor, dass das Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises und des Preisstrukturmodells in der Rahmenvereinbarung nach Absatz 9 geregelt wird, und dass der Erstattungsbetrag, der fortgeltende oder der umgerechnete Erstattungsbetrag, als Erstattungshöchstbetrag ausgebildet wird wie bei den

Festbeträgen. Wir schlagen auch vor, wie beim Preismoratorium einen Inflationsausgleich vorzusehen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die KBV. Sie adressieren in Ihrer Stellungnahme einen Änderungsvorschlag, der eine Ausschlussfrist von Nachforderungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorsieht. Können Sie diesen Vorschlag näher darlegen?

SV Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Im § 106 SGB V ist geregelt worden, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfungen geändert werden. Dazu haben wir mit dem GKV-Spitzenverband Vereinbarungen getroffen, um die Ärzte an der Stelle zu entlasten, was die Regressforderungen angeht. Diese Vereinbarung ist jetzt gekündigt worden, insbesondere deshalb, weil in den Landeskrankenkassen erhebliche Gegenwehr gegen die Regelung, die einvernehmlich getroffen wurde, entstanden ist. Hier ist die Einzelfallprüfung gehemmt worden durch einen Einspruch. Dadurch wird das ursprünglich adressierte Konzept einer Verjährung nach zwei Jahren unterlaufen. Deswegen halten wir eine gesetzliche Klarstellung für erforderlich. Durch den bestehenden Verweis im § 106, zweiter Halbsatz auf die Vorschrift zur Hemmung läuft die Verkürzung der Ausschlussfrist faktisch ins Leere, denn durch die Antragstellung an die Prüfungsstellen kurz vor Ablauf der Zweijahresfrist jeweils über diese Frist hinaus, die Festsetzung der Kürzung oder Nachforderungen erst ermöglicht werden. Das heißt also, der geplante Ansatz im Gesetz, zudem wir schon eine Vereinbarung hatten, wird jetzt potentiell konterkariert und bleibt somit offen. Deswegen regen wir an, dass das entsprechend angepasst wird.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die BPTK bezüglich der gesetzlich vorgesehenen Verpflichtung der Ambulanzen zur Auszahlung eines Vergütungsanteils in Höhe von mindestens 40 Prozent an die Ausbildungs- und Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nach § 117, Absatz 3c SGB V. Gibt es Hinweise, dass in der Praxis Unklarheiten über die Berechnung dieses Anteils und zum Bestehen der Auszahlungsverpflichtung existieren und es deshalb auch nicht zur



Auszahlung kommt? Sehen Sie einen Anpassungsbedarf um sicherzustellen, dass die PiAs den Anteil an der Vergütung der durch sie erbrachten Krankenbehandlungen auch tatsächlich erhalten, wie es der Gesetzgeber beabsichtigt hat?

Sve Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Es kann in der Tat aktuell nicht davon ausgegangen werden, dass alle PiAs die gesetzliche Mindestvergütung von 40 Prozent aus den Patientenbehandlungen erhalten. Eine Verbesserung wird es erst durch eine vertragliche Vereinbarung zwischen den Ausbildungsstätten und der GKV geben. Bislang wurde keine Vergütungsvereinbarung zwischen den Vertragsparteien beschlossen. Seit dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz gibt es zwar die Pflicht entsprechende Vereinbarungen zu treffen, es wurde aber keine Frist gesetzt. Das hat dazu geführt, dass ernsthafte Verhandlungen ausgeblieben sind und die Vereinbarungen nicht geschlossen wurden. Um zeitnah den Willen des Gesetzgebers umzusetzen, sollte eine Fristsetzung im Gesetz erfolgen, dass die für die Vergütung der AusbildungsteilnehmerInnen relevanten Vereinbarungen spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu schließen sind.

Abg. Martina Stamm-Fibich (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Arbeit der gemeinsamen Koordinierungsstellen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V? Gerade Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen haben Bedarf nach Unterstützung der Gesundheit ihres Pflegepersonals. Reicht es Ihrer Meinung nach aus, dass die Krankenkassen die Unternehmen über ihre Leistungen informieren oder wäre es hilfreich, wenn die BGF-Koordinierungsstellen (Beratung zur betrieblichen Gesundheitsförderung) darüber hinaus auch mit konkreten Maßnahmen Hilfestellung leisten?

Sve Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Mit den regionalen BGF-Koordinierungsstellen soll insbesondere die Zahl der in der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiven Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser erhöht werden. Die Krankenkassen unterstützen deswegen im Rahmen der

Konzertierten Aktion Pflege (KAP) eine Informationsoffensive und geben damit Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern komprimierte Informationen zu den Leistungsangeboten der Sozialversicherungsträger zur Gesundheitsförderung und dem Arbeitsschutz. Es reicht aber nicht aus, nur über die Leistungen zu informieren. Deswegen gehört zu den Kernelementen der BGF-Koordinierungsstellen bereits jetzt nicht nur Information, sondern auch individuelle Beratung und Hilfe bei der Umsetzung durch die Präventionsexpertinnen und -experten der Krankenkassen. Nach unserer Erfahrung besteht auf Grund der Corona-Pandemie ein besonderer Bedarf an kurzfristigen Akutangeboten. Deswegen haben die Kassen die BGF-Programme, die speziell auf die Bedarfslage der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ausgerichtet sind, um Sofortmaßnahmen ergänzt, die online durchgeführt werden, also zum Beispiel für Führungskräfte zum Thema „Führen in Krisensituationen, Selbstfürsorge und Resilienz“. Mitarbeitende erhalten Informationen und Unterstützung zu Verhaltensstrategien in akuten Stresssituationen etc. Entscheidend ist, dass die für die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser Verantwortlichen diese Unterstützungsangebote auch nutzen. Mittlerweile haben die Koordinierungsstellen 30 Kooperationsvereinbarungen mit den Fachverbänden der Pflege und der DKG geschlossen. Eine Klarstellung im § 20b SGB V, dass die zur Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen vorgesehenen Mittel auch zur Umsetzung von überbetrieblichen Maßnahmen zur BGF eingesetzt werden können, wäre aus unserer Sicht sinnvoll und könnte zusätzliche Anreize für die Kooperationen schaffen.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an die BAGFW. Gemäß § 71 SGB V orientieren sich die Krankenkassen in den Vergütungsverhandlungen zur Haushaltshilfe nach wie vor an der Grundlohnsummenentwicklung. Wie bewerten Sie dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass sowohl im Bereich der Pflege nach SGB XI wie auch für die häusliche Krankenpflege nach SGB V gesetzlich vereinbart wurde, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen als wirtschaftlich anzuerkennen ist?



Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): In der Tat sehen wir hier Handlungsbedarf. Es ist bei den Familienpflegediensthaushaltshilfen ähnlich wie bis vor kurzem noch in der häuslichen Krankenpflege bei den Pflegediensten, dass die Vergütungen an die Grundlohnsumme angekoppelt sind, und dass es nicht möglich ist, darüber hinausgehende Tarife oder Tarifsteigerungen zu verhandeln. Daher sehen wir Nachbesserungsbedarf und wünschen uns, dass mit diesem Gesetz eine Regelung geschaffen wird, die dem § 132a, häusliche Krankenpflege, vergleichbar ist, also dass künftig die tariflichen Bindungen der Familienpflegedienste bei den Vergütungsverhandlungen anerkannt werden können.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Sind die vorgesehenen Regelungen zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei Leistungen nach dem TSVG insgesamt geeignet, um die Doppelfinanzierung vertragsärztlicher Leistungen zu reduzieren und die eingetretene Unterbereinigung im bisherigen Bereinigungszeitraum zu beseitigen? Wenn nein: Welche Änderungen schlagen Sie vor?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Zunächst begrüßen wir, dass es eine Veränderung, Korrektur der Bereinigungsregelung gibt. Wir hatten schon bei der Verabschiedung des TSVG darauf hingewiesen, dass diese Regelungen nicht ausreichend sind. Wir mussten feststellen, dass sowohl strategisch als auch coronabedingt die Bereinigungsregelungen bei weitem nicht ausreichen. Deshalb begrüßen wir, dass es jetzt eine Korrektur gibt. Allerdings halten wir die jetzt vorgesehene Korrektur für nicht ausreichend. Das Korrekturverfahren soll erst ab dem vierten Quartal gelten und insgesamt nur für drei Quartale greifen. Das ist nach unserer Auffassung deutlich zu kurz. Das würde nämlich bedeuten, dass jeweils immer das dritte Quartal eines Jahres unbereinigt bleibt, dann blieben also etwa 500 Millionen Euro basiswirksam in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung, ohne dass diesem Finanzvolumen Leistungen gegenüberstehen. Deswegen schlagen wir vor, diesen Korrekturzeitraum um ein Quartal nach vorne zu ziehen. Wir halten es aber auch für notwendig, den

Bereinigungszeitraum deutlich nach hinten zu verlängern. Wir haben nun gerade bekanntermaßen die dritte Welle der Pandemie. Wir halten es vor dem Hintergrund auch für notwendig, dass die pandemiebedingten Auswirkungen hier entsprechend kompensiert werden. Deshalb sind wir der Auffassung, dass der Bereinigungszeitraum um ein weiteres Jahr verlängert werden sollte, denn wir haben jetzt niedrigere Fallzahlen aufgrund der Pandemie. Das könnte dann durch eine Verlängerung um ein weiteres Jahr entsprechend kompensiert werden. Zudem halten wir auch eine einmalige Rückzahlung für notwendig für die Überzahlungen, die zwischen dem Ende des Bereinigungszeitraums ab September 2020 bis zum Beginn des Korrekturzeitraums geleistet wurden, denn ansonsten würde eine in dem Fall nicht basiswirksame Doppelfinanzierung von circa 1,4 Milliarden Euro für die GKV verbleiben. Dazu sollte dann der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren beschließen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Die Frage geht an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Wie könnte man aus Ihrer Sicht den Verbrauchern mehr Transparenz über das Service-, Beratungs- und Leistungsangebot der Krankenkassen verschaffen, um den Qualitätswettbewerb der Kassen zu stärken?

Sve **Petra Fuhrmann** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Derzeit ist es so, dass es keine verbindlichen Vorgaben für die Krankenkassen gibt, wo sie Daten zu Serviceangeboten, zum Genehmigungsverhalten und zu Ähnlichem veröffentlichen müssten. Einzelne Kassen gehen da schon mit ganz gutem Beispiel voran. Aus unserer Sicht ist es aber ganz wichtig, dass es einheitliche Regelungen im Gesetz gibt, was die Kassen veröffentlichen müssen. Das ist insbesondere in Bezug auf die Widerspruchszahlen, wie häufig Widerspruchsverfahren erfolgreich sind, und dann auch dahingehend, was es für besondere Serviceangebote gibt, was es für besondere Angebote für Patientinnen und Patienten gibt, wichtig. Da besteht Handlungsbedarf, um mehr Transparenz zu schaffen. Es geht nicht nur darum, welche Daten veröffentlicht werden müssen, sondern auch darum, wie diese Daten veröffentlicht werden müssen. Da ist es wichtig, dass sie ganz leicht nachvollziehbar sind für die Verbraucherinnen und Verbraucher. Da bietet sich zum Beispiel auch ein Onlineportal an in diesem



Bereich, was man mit anderen digitalen Angeboten auch vernetzen könnte, zum Beispiel mit dem nationalen Gesundheitsportal zur Gesundheitsinformation.

Abg. **Martina Stamm-Fiebig** (SPD): Meine Frage geht an den Hochschulverband Gesundheitsfachberufe e.V. Der Entwurf sieht eine Verlängerung der Modellversuche zur akademischen Ausbildung in den Therapieberufen bis Ende 2026 vor. Durch anschließend notwendige Gesetzgebung, landesrechtliche Umsetzungen, Akkreditierungs- und Genehmigungsverfahren würde ein Start regulärer Studiengänge daher sicher nicht vor 2030, also im nächsten Jahrzehnt erfolgen. Welche Folgen hätte diese Zeitschiene für bestehende Ausbildungsstrukturen und den Fachkräftenachwuchs?

Sve **Prof. Dr. Hilke Hansen** (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V.): Ich freue mich sehr über die Möglichkeit, die Aufmerksamkeit des Ausschusses nochmal auf die inzwischen sehr langjährige Diskussion um die Ausbildungsreform der Therapieberufe richten zu können. Alle vorliegenden Evaluationen und Verbleibstudien der Modellstudiengänge, die jetzt schon seit 2009 bestehen, zeigen, dass die Hochschulen erfolgreich TherapeutInnen für die Praxis ausbilden. Die hochschulische Ausbildung ist aus unserer Sicht zentral für ein zukunftsfähiges Ausbildungssystem, mit dem Deutschland an den internationalen Stand in Forschung und Lehre, aber insbesondere auch in der Patientenversorgung anschließt. Eine erneute, jetzt zweite, Verlängerung der Modellklausel bis 2026 und damit eine Verschiebung der regulären Studiengänge bis ins möglicherweise nächste Jahrzehnt ist für Berufsangehörige und Hochschulen nicht mehr nachvollziehbar. Sie verunsichert Studieninteressierte, die für die Sicherstellung der Patientenversorgung in den jetzt bereits stark von Fachkräftemangel betroffenen Berufen dringend gebraucht werden. Sie bedeutet Planungsunsicherheit für die Hochschulen, sie gefährdet vorhandene Studiengänge und führt dazu, dass der Aufbau weiterer Studiengänge stagniert. Aus Sicht des Hochschulverbunds, für den ich hier spreche, und aus Sicht aller großen Berufsverbände muss deswegen die geplante Befristung der Modellklausel bis maximal Ende 2023 verkürzt werden. Die Weichen für die

Ausbildungsreform müssen in der nächsten Legislaturperiode zügig rechtzeitig gestellt werden, damit ein massiver Nachwuchskräftemangel vermieden wird. Unser Wunsch ist also ein zeitnaher, ein frühzeitiger Beginn dieser Reform in der nächsten Legislaturperiode. Dafür setzen wir uns ein und bitten um Ihre Unterstützung.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich nochmal an die BAGFW. Mit dem TSVG wurde der Abschluss von Versorgungsverträgen im Heilmittelbereich auf die Bundesebene verlagert. Damit traten auch die auf Landesebene geschlossenen Versorgungsverträge zu Förderschulen, Förderkindergärten und anderen Einrichtungen der Eingliederungshilfe außer Kraft. Welche Auswirkungen hat das auf die Abgabe von Heilmitteln an die betroffenen Kinder und Jugendlichen? Sollte es in diesem sehr begrenzten Bereich eine Option für regionale Verträge geben?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ja, Sie haben die Situation treffend geschildert. Es ist durch die Neuregelung des TSVG im § 125, Absatz 1 eine Lücke entstanden. Insbesondere in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz hatten die Krankenkassen auf regionaler Ebene mit den genannten Einrichtungen der Eingliederungshilfe Verträge abgeschlossen, die jetzt gekündigt werden müssen, weil die Verträge mit dem Heilmittelerbringer nur noch auf Bundesebene geschlossen werden können. Somit entsteht tatsächlich auch eine Versorgungslücke. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen können da nämlich nicht mehr mit Physiotherapie oder Ergotherapie versorgt werden. Daher plädieren wir für diesen sehr eng begrenzten regionalen Bereich für eine Lösung, die von Absatz 1 der bundeseinheitlichen Kompetenz abweicht und speziell für die Personengruppe der Menschen mit Behinderung eine Ausnahmeregelung vorsieht. Wir haben dazu auch im § 125, Absatz 7 einen entsprechenden Änderungsvorschlag unterbreitet.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. In der GWB-Novelle (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen) wurde der Anspruch auf Kinderkrankengeld ausgedehnt, um



die Folgen möglicher Betreuungs-, Pflege- und Aufsichtsprobleme für Familien mit Kindern in der Corona-Pandemie auszugleichen. Zur Gegenfinanzierung dieser versicherungsfremden Leistung zahlt der Bund 300 Millionen Euro an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und falls dieser Betrag nicht ausreicht, einen weiteren Bundeszuschuss zum 1. Juli 2022. Wie beurteilen Sie diese Regelung, insbesondere die Art und Weise der Gegenfinanzierung aus dem Bundeshaushalt?

Sve Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Das erweiterte Kinderkrankengeld soll berufstätigen Eltern, deren Kinder pandemiebedingt nicht anderweitig, etwa in einer Kita, betreut werden können, als Einkommensersatzleistung dienen. Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass das erweiterte Kinderkrankengeld umgehend auch als versicherungsfremde Leistung Anerkennung findet und Bundesmittel in Höhe der dadurch entstehenden zusätzlichen Ausgaben im GVWG gesetzlich verankert werden sollen. Da diese zusätzlichen Ausgaben aber bei den Krankenkassen und nicht beim Gesundheitsfonds anfallen, ist also zunächst zu regeln, dass diese Bundesmittel auch an die Krankenkassen fließen, das heißt, sie müssen zuweisungserhöhend an den Gesundheitsfonds ausgezahlt werden. Einen entsprechenden Änderungsvorschlag finden Sie in unserer Stellungnahme. Die Ausgaben der Krankenkassen für das erweiterte Kinderkrankengeld werden kassenindividuell sehr unterschiedlich ausfallen und können von denen auch in ihrer Höhe nicht beeinflusst werden. Es besteht deshalb auch Einigkeit in der GKV, dass allen Krankenkassen die entstehenden Ausgaben in der tatsächlichen Höhe aus den zugesagten Bundesmitteln ausgeglichen werden sollen. Es besteht auch kassenartenübergreifend Einigkeit, was beim RSA, wie Sie wissen, nur selten der Fall ist, dass wir da innerhalb der GKV Einigkeit haben, dass und wie das über den RSA sichergestellt werden soll. Im Gesetzentwurf ist schon vorgesehen, dass allerdings erst ab 2023 die Zuweisung für das Kinderkrankengeld nach den tatsächlichen Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse ermittelt und gezahlt werden soll. Das ist eine Empfehlung der Gutachter zur Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisung für Krankengeld und auch danach soll es einen vollständigen Ausgabenausgleich geben. Wir schlagen jetzt vor, dass diese Regelung um zwei Jahre vorgezogen wird. Dann würden nämlich die Ausgaben

sowohl für das normale Kinderkrankengeld als auch für das erweiterte Kindergeld in ihrer tatsächlichen Höhe ausgeglichen und die Bundesmittel für das erweiterte Kinderkrankengeld kommen mit dem Jahresausgleich für 2021 zielgenau bei den Krankenkassen an.

Abg. **Martina Stamm-Fiebig** (SPD): Meine Frage geht auch an den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie die Neuregelung zur vertragsärztlichen Berufshaftpflichtversicherung, insbesondere in Bezug auf die vorgesehene Mindestdeckungssumme von drei Millionen Euro. Ist es aus Ihrer Sicht sachgerecht, die Frist für die Vereinbarung einer höheren Summe auf sechs Monate nach Inkrafttreten zu begrenzen?

Sve Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen die Regelung, weil sie dem Patientenschutz dient und verhindert, dass Schadenersatzansprüche der Versicherten ins Leere gehen, weil Leistungserbringer zahlungsunfähig werden. Wir halten allerdings die Summe von drei Millionen pro Versicherungsfall nicht in allen Fällen für ausreichend. Es gibt unterschiedliche Haftungsrisiken, je nachdem, um welche Fachrichtung des Vertragsarztes, der Vertragsärztin es sich handelt. Es sollte daher klargestellt werden, dass das nur ein Mindestbetrag ist und die Pflicht zum Abschluss einer angemessenen Berufshaftpflichtversicherung, auch die Vereinbarung einer höheren Versicherungssumme, erforderlich machen kann. Was die Frist angeht, halten wir das für sehr ambitioniert, innerhalb von sechs Monaten eine solche Vereinbarung zu treffen. Insbesondere fehlt ein Konfliktlösungsmechanismus, sodass man also kaum davon ausgehen kann, dass man hier zu einer entsprechenden Einigung kommt. Wir sind der Auffassung, diese Mindestversicherungssummen sollten im Gesetz festgelegt werden und nicht per Vereinbarung.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die erste Frage geht an die BÄK. Es wird gesagt, dass bei Personen mit Antikörpern im Blut davon ausgegangen werden kann, dass diese eine Corona-Virusinfektion schon durchgemacht haben und somit immun sind, zumindest für einen begrenzten Zeitraum. Wie stehen Sie zu der Möglichkeit, Menschen mit positi-



vem Antikörpertest aufgrund der festgestellten Immunität nicht impfen zu lassen, um einmal Impfstoff für andere Menschen einzusparen, zum anderen, um unnötige Impfungen zu vermeiden? Sehen Sie diese beiden Varianten als gleichwertig zur Lösung des Problems an?

Sve Dr. Katrin Bräutigam (Bundesärztekammer (BÄK)): Man muss davon ausgehen, dass eine SARS-CoV-2-Infektion zwei Wochen nach Symptombeginn die Bildung von Antikörpern induziert, und dass neutralisierende Antikörper im Median circa zwei Wochen nach Symptombeginn nachweisbar sind. Antikörpernachweise sind für die Beantwortung infektionsepidemiologischer Fragestellungen geeignet, das heißt, einfach festzustellen, wie viele Personen in Deutschland zum Beispiel auch schon unbemerkt eine Corona-Infektion hatten. Das sind solche Antikörpertests, die auch bei bestimmten Berufsgruppen oder in der Pflege oder bei medizinischem Personal eingesetzt werden können, als natürlich auch bei bestimmten Risikogruppen. Man muss natürlich darauf hinweisen, dass man hier nur eine beschränkte Aussage machen kann, denn es ist unklar, wie lang wirksame Antikörpertiter vorliegen. Das bedarf natürlich weiterer Untersuchungen. Auch bedarf es weiterer systematischer Studien, die eine Beurteilung der mit einem Schutz vor einer Re-Infektion oder gar erneuten Erkrankungen verbundenen Antikörpern erlauben. Man muss auch noch darauf hinweisen, dass natürlich die Interpretation serologischer Testergebnisse unter Berücksichtigung der Vortestwahrscheinlichkeit der jeweiligen epidemiologischen Situation und unter Kenntnis auch der Spezifität und Sensitivitätswerte des verwendeten Systems erfolgen muss. Man kann aber davon ausgehen, dass mit zunehmender Durchseuchung der Bevölkerung und damit mit einer erhöhten Prävalenz im weiteren Verlauf, die Rate falsch-positiver Ergebnisse erheblich zurückgehen wird. Noch ein weiterer Hinweis: Es werden derzeit auch sehr viele Schnelltests angeboten. Ich möchte hier noch darauf hinweisen, dass die WHO den Einsatz solcher immundiagnostischen Schnelltests derzeit nur im Kontext von Forschungsprojekten empfiehlt.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die nächste Frage geht an die KBV. Seit Mai letzten Jahres stehen aussagekräftige Antikörpertests, die eine überstandene

Infektion und daraus wahrscheinlich resultierende Immunität nachweisen können, unter bestimmten Voraussetzungen auch als Kassenleistung zur Verfügung. Als GKV-Leistung wird routinemäßig der Corona-Antikörpertest der Firma Roche durchgeführt. Wie oft wurden diese routinemäßigen Antikörperbestimmungen bereits während der Corona-Pandemie vorgenommen? Können Sie da eine Aussage treffen? Für wie wahrscheinlich halten Sie es aus organisatorischer Sicht, dass diese Tests auch flächendeckend eingesetzt werden könnten?

SV Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir haben noch keine Abrechnungsdaten für die Frequenz der Antikörpertests, die werden uns in der zweiten Jahreshälfte vorliegen mit der Abrechnung, also ab Juli. Wir können also noch keine genaue Aussage darüber treffen. Sind die Tests flächendeckend möglich? Technisch-administrativ sind die mit Sicherheit möglich und durchzuführen in den vertragsärztlichen Praxen. Zur wissenschaftlichen Valenz der Tests als allgemeines Screening können wir als KBV nichts sagen. Es gibt die STIKO-Empfehlung bezüglich der Tests und des Impfens, das man von einer sechsmonatigen Immunität ausgeht, wenn die Antikörper positiv sind und so lange auch nicht impfen braucht. Für alles Weitere gibt es noch keine wirklichen Daten. Insofern, technisch-administrativ ließe sich das durchführen. Ob es epidemiologisch-klinisch sinnvoll ist, dazu können wir hier keine Position beziehen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die nächste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin. Der Gesetzesentwurf sieht eine Weiterentwicklung der Regelung zur ambulanten Notfallstruktur und Terminservicestellen vor. So wird für eine verbesserte Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung ein standardisiertes und bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus vorgesehen. Wie beurteilen Sie diese Pläne hinsichtlich der Patientensicherheit?



SV **Martin Pin** (Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA)): Patienten, die sich in einer Notaufnahme als Notfallpatient vorstellen, haben sich praktisch selbst schon als Notfallpatient triagiert, ersteingeschätzt. Wir wissen aus vielen Untersuchungen, dass Patienten, die sich aus eigenem Antrieb im Krankenhaus vorstellen, ein deutlich höheres Risiko haben, ernsthaft erkrankt zu sein als Patienten, die das zum Beispiel im niedergelassenen Bereich tun. Zur Ersteinschätzung, zum Ersteinschätzungssystem ist es so, dass wir aktuell in den Krankenhäusern Ersteinschätzungssysteme nutzen, die die Behandlungsdringlichkeit einschätzen, also wann muss ein Patient vom Arzt gesehen werden. Wenn wir uns den Gesetzentwurf anschauen, dann müssen wir sagen, dass in Deutschland aktuell kein System verfügbar ist, das eine Weiterleitung ohne ärztliche Sichtung wissenschaftlich validiert so leisten kann, dass eine Patientengefährdung ausgeschlossen ist. In dem Gesetzentwurf wird nämlich ein Ersteinschätzungssystem gefordert, was außer der Behandlungsdringlichkeit auch die Weiterleitung in eine Versorgungsstruktur definiert. Das kann dazu führen, dass Patienten auch ohne ärztliche Sichtung weitergeleitet werden. Das ist im Moment von keinem System in Deutschland zu leisten. Darüber hinaus muss man anfügen, dass noch nicht klar definiert ist, wie die Versorgungsstrukturen, in die weitergeleitet werden soll, eigentlich aussehen müssen, also, ist eine Versorgungsstruktur direkt am Krankenhaus, ist eine niedergelassene Praxis in dreißig Minuten Entfernung? Wir müssen also zunächst die Versorgungsstrukturen definieren und dann über die Ersteinschätzungssysteme und -instrumente reden. Wir haben haben gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften, der DISI, dem Marburger Bund, der DKG und dem Verband der leitenden Krankenhausärzte dementsprechend auch eine Stellungnahme herausgegeben, dass Ihnen, glaube ich, auch allen vorliegt.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die nächste Frage geht an die KBV zur Mindestversicherungssumme, die von Herrn Henke eben schon ausgeführt wurde. Ich möchte die Frage erweitert nochmal stellen. Vertragsseiten sind verpflichtet, sich in ihrer Berufsausübung ausreichend gegen Haftpflichtversicherungsgefahren abzusichern. Es wird jetzt die pauschale Summe von drei Millionen Euro festgelegt. Unterschreitet die vertraglich abgeschlossene

Versicherungssumme diesen Betrag, droht dem Arzt, so wird es gesehen, eine Entziehung seiner Zulassung. Kann eine pauschale Vorgabe von Mindestversicherungssummen für alle Arztgruppen Ihrer Ansicht nach willkürlich zielführend sein, insbesondere vor dem Hintergrund des Ärztemangels in Deutschland? Wenn ja: Warum? Wenn nein: Wie könnte Ihrer Ansicht nach gewährleistet werden, dass berechnete Schadenersatzansprüche tatsächlich gezahlt werden? In welchen Arztgruppen treten im Durchschnitt am häufigsten Personenschäden auf? Wo ist die Schadenshöhe besonders hoch?

SV **Dr. Stephan Hofmeister** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich fange mit dem zweiten Teil der Frage an. Uns liegen als KBV keine exakten Zahlen zu den sehr seltenen Schadensforderungen vor. Das wäre möglicherweise eher bei den Ärztekammern vorhanden. Aus rechtlicher Sicht sind potentielle Schadenssummen immer da hoch, wo ein langes Leben mit dem Schaden zu erwarten ist, also vor allem in der Neonatologie, in der Geburtshilfe und bei Operationen mit erheblichem Risiko für zum Beispiel Lähmungen etc. Grundsätzlich sind aus unserer Sicht Mindestversicherungssummen an sich nicht zu beanstanden, aber wie Herr Henke es schon ausgeführt hat, sind die im Sozialrecht unserer Ansicht nach fehlverortet. Das Zulassungsrecht bestimmt die Frage, unter welchen Konditionen ein Vertragsarzt zur Versorgung von GKV-Versicherten zugelassen wird. Das Arzthafnungsrecht knüpft hingegen an die ärztliche, nicht an die spezifisch vertragsärztliche Tätigkeit. Insofern ist der etablierte Weg einer hinreichenden Absicherung berufsrechtlich vorzugeben und durch die Ärztekammern zu überwachen. Das scheint uns weiterhin der richtige Weg. Insofern sehen wir dort auch die Regelungsmöglichkeit.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die nächste Frage geht an den ESV Bauernfeind. Dieses neue Gesetz sieht als Basis für erfolgreiche, verbesserte Patientenversorgung eine Ausgabenverpflichtung für Qualitätsverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vor. Was halten Sie von dieser neuen Aufgabe? Wie könnte sich das auf die Patientenversorgung auswirken beziehungsweise wie hat es sich denn vorher ausgewirkt, als diese Verpflichtung noch nicht bestand?



ESV Johannes Bauernfeind: Die Qualitätsverträge in Krankenhäusern können zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung durchaus sinnvoll beitragen. Inwieweit das verpflichtend sein soll, also die Verträge auch tatsächlich für alle hundert Krankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland entsprechend abzuschließen, lasse ich jetzt mal außen vor stehen. Ich halte es durchaus für förderlich, wenn man das auf freiwilliger Basis schafft und durch entsprechende Anreize und auch durch Vereinfachung der Verfahren dazu beiträgt, dass solche Verträge im Versorgungswettbewerb tatsächlich auch Platz greifen, weil Krankenkassen in ihrer Verantwortung für gute Versorgung diese Verträge sicherlich auch aufgreifen werden, um dort die Versorgung weiter zu gestalten. Insofern ist eine Verpflichtung nicht unbedingt das Maß der Dinge, sondern die Existenz. Die Möglichkeit solche Verträge abzuschließen halte ich für absolut richtig und sinnvoll. Vor dem Hintergrund hat die AOK Baden-Württemberg entsprechende Verträge bereits abgeschlossen. Sie versucht, das auch voranzubringen. Allerdings ist es mit hohen administrativen Hürden belegt.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Meine erste Frage geht an die DIVI und anschließend würde ich die BÄK bitten, entweder diese Aussage zu bestätigen oder, falls Sie anderer Meinung sind, zu ergänzen. Es geht hier um die Notfallversorgung. Im Gesetzentwurf wird der G-BA damit beauftragt, die Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden einheitlich zu regeln. Wie stehen Sie zu dieser Forderung, auch im Hinblick darauf, dass seit Beginn dieser Legislaturperiode eine umfassende Reform der Notfallversorgung angekündigt wurde?

SV Prof. Dr. André Gries (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Sie haben völlig Recht, dieses Thema Ersteinschätzung aktuell ist herausgelöst aus dem Gesamtpaket Reform der Notfallversorgung in Deutschland. Das sind schon mal extreme Limitationen, die wir hier bemerken müssen. Insbesondere ist unklar, wie das Leistungsspektrum zukünftig im KV-Bereich aussehen soll, im Gegensatz zum Bereich der zentralen Notaufnahme, für den der G-BA 2018 klare Vorgaben gemacht hat. In Be-

zug auf die Notfallversorgung und die vorzuhaltenden Strukturen liegt das nicht vor. Eine Herauslösung dieses Themas Ersteinschätzung mit Dispositionen verschiedener Versorgungsbereiche ist daher nicht möglich. Weiterhin ist es nicht möglich, ex ante sicher festzustellen, ob ein ambulanter Versorgungsbedarf beziehungsweise doch ein stationärer Versorgungsbedarf und insbesondere, welcher Aufwand, um das festzulegen, notwendig ist. Damit kann die Abrechenbarkeit der dann erfolgenden Leistung nicht von vornherein ex ante mit einem Ersteinschätzungstool gekoppelt werden. Zusammenfassend bedeutet das, und ich darf hier, auch Kollege Pin von der DGINA hat gerade darauf hingewiesen, auf unsere gemeinsame Stellungnahme, aber auch auf die Stellungnahme der DIVI, verweisen. Aktuell muss der Gesamtrahmen aus unserer Sicht dringend definiert werden. Erst dann können Teilaspekte, wie zum Beispiel Ersteinschätzungen besprochen werden. Ansonsten sehen wir die Patientensicherheit massiv gefährdet. Darüber hinaus sei die Frage noch erlaubt, in Bezug auf die Gesamtkosten sehen wir hier auch noch keinen Effekt der Kostensteigerung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, weil wir vielmehr glauben, dass die Mehrfachinanspruchnahme verschiedener gesundheitsmedizinischer oder akut- und notfallmedizinischer Bereiche zunehmen wird.

SVe Dr. Katrin Bräutigam (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann das so bestätigen. Wir sehen das auch als einen Versuch an, eine dringlich empfundene Regelungslücke in der sektorübergreifenden Zusammenarbeit bei der Versorgung ambulanter und akuter Patienten sowie Notfallpatienten zu schließen. Aber es fehlt eigentlich das schlüssige Gesamtkonzept für die sektorübergreifende Kooperation und in der Akutnotfallversorgung. Auch wenn jetzt sicherlich mit dem Gesetzentwurf gegenüber dem Referentenentwurf hier der G-BA mit einbezogen ist, sehen wir es als noch nicht gelöst an und lehnen auch diesen Regelungsvorschlag ab, solange grundsätzlich noch nicht geklärt ist, nach welchen Regeln die sektorübergreifende Zusammenarbeit in der Notfallversorgung ausgestaltet werden soll. Auch eine Detailregelung irgendwie jetzt dahin zu bringen, das lehnen wir ab. Das heißt, es gibt schon Ersteinschätzungsinstrumente und es bedarf eigentlich keiner gesetzlichen Detailregelung. Wir sehen das auch als unkompliziert an,



weil man im Prinzip der Anpassung an den medizinischen Fortschritt dann auch nicht gerecht werden kann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Auch diese Frage stelle ich gerne an zwei Personen, zunächst an die AWMF und anschließend an die BAG SELBSTHILFE. Wie bewerten Sie die Einführung eines Modellvorhabens zur Genomsequenzierung in Hinblick auf Umsetzbarkeit? Wo sehen Sie den medizinischen Mehrwert beziehungsweise Nutzen für Betroffene und Forschung?

SVe **Dr. Monika Nothacker** (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)): In der vorgeschlagenen Form halten wir dieses Modellvorhaben seitens der medizinischen Fachgesellschaften für kritisch. Es sind in den letzten Jahren Strukturen entwickelt worden, sehr eng zusammen mit universitären Zentren, die durch diesen allgemeinen Ansatz jetzt eher zerschlagen werden. Es könnte eher zu einer Verschlechterung der Qualität kommen. Auch diese allgemeine Datenhaltung sollte aus Sicht der Fachgesellschaften eher an universitäre Zentren geknüpft sein.

SVe **Dr. Siiri Doka** (Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Ich kann Ihnen dazu leider nicht wirklich eine Rückmeldung geben, weil wir dazu nochmal mit unserem Verband, der ACHSE Rücksprache halten müssten. Aber grundsätzlich gehen wir davon aus, dass die AWMF da an der Stelle durchaus auch richtige Punkte anbringt, weil wir auch die Zerschlagung von bestimmten Strukturen befürchten.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Ich richte meine letzte Frage an den Berufsverband Deutsche Humangenetiker.

SV **Dr. Nicolai Kohlschmidt** (Berufsverband Deutscher Humangenetiker e. V. (BVDH)): Grundsätzlich begrüßen wir das Modellvorhaben mit dem Ziel, eine gemeinsame Datenbank zu schaffen und Data-Sharing zu ermöglichen. Wir begrüßen auch

die Verpflichtung der Krankenkassen, die Kosten für Genomsequenzierung und Trio Exome zu zahlen. Wir sehen aber die Ziele des Modellvorhabens im Gesetzesvorhaben sicher nicht zu verwirklichen. Es ist so, dass die Behandlung auf universitäre Zentren, das sind im Moment etwa dreißig, konzentriert werden soll. Dort betragen aber die Wartezeiten im Moment für Kinder, das kann ich ganz gut überblicken, konnte ich auch bestätigen durch eine Umfrage, zwischen sechs und zwölf Monaten. Das heißt, der Bedarf wird nicht gedeckt. Über die Hälfte aller Fälle seltener Erkrankungen werden bei vertragsärztlichen Humangenetikern außerhalb der Universitäten versorgt. Gleichzeitig sind die Strukturen, die geschaffen werden sollen, eigentlich schon flächendeckend da. Es gibt Genomsequenzierung, es gibt Exom Sequenzierung in der Regelversorgung, das ist im EBM geregelt. Also ich weiß nicht ganz, warum hier neue Strukturen etabliert werden sollen. Sicher ist, wenn es einen unregelmäßigen Zugang, und laut Ansicht der schriftlichen Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes soll es nur vier Zentren geben, dann erwarte ich im Wesentlichen Kinder aus Akademikerfamilien, aus Universitätsstädten und die flächendeckende Versorgung ist dann eindeutig verschlechtert gegenüber der bestehenden Struktur. Das heißt zusammengefasst, das Vorhaben läuft so nicht. Dazu kommt, die Vermengung mit den onkologischen Erkrankungen ist überhaupt nicht sachgerecht. Da werden Zeitziele von zwei Monaten nach Sequenzierung angegeben, also Krebskranke können nicht zwei Monate oder drei Monate insgesamt auf ihre Diagnostik warten. Dann würde die Datensammlung nur einer Schaffung einer Datenbank Verstorbener dienen. Das ist sicherlich nicht Ziel des Vorhabens. Ich denke, dieses Vorhaben muss noch einmal überarbeitet werden.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Ich stelle die Frage an die ABDA zum Thema Grippeimpfung. Im vorliegenden Gesetzentwurf wird nochmals eine Kraftanstrengung unternommen, um die Impfquote gegen Grippe in der kommenden Saison zu steigern. Können Sie uns über Ihre Erfahrung aus der vergangenen Grippesaison berichten. Was lief gut? Was lief schlecht? Wie können wir diese Quote nachhaltig erhöhen, auch nach der Pandemie?



SV **Dr. Sebastian Schmitz** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Zu den Erfahrungen aus der vergangenen Impfsaison, auch in der Pandemie: Die Versorgung mit Grippeimpfstoffen ist dadurch geprägt, dass die Hersteller nicht beliebig ihre Produktion steigern können, also Planung brauchen. Das schlägt sich dann auch auf die Planungsprozesse durch. Das TSVG hat hier einen gewissen Rhythmus vorgegeben durch die Meldungen der Ärzte an das PEI und die Weitergabe und den Abgleich dieser Meldungen mit den AMG-Meldungen der Hersteller zur vorgesehenen Impfstoffproduktion. Wir haben in diesem Jahr die Erwartung, dass dieses System sich zunächst bewährt. Es sieht so aus, dass die angekündigten Mengen auch zu denen passen, die wir benötigen. Wir haben natürlich jetzt in der Phase der Pandemie eine gewisse Unsicherheit, was die Inanspruchnahme im Herbst, also in der kommenden Saison anbelangt, weil wir noch nicht so ganz sicher sind, ob die Impfbereitschaft sich jetzt in Bezug auf die Grippeimpfung parallel zu den Corona-Impfungen eher erhöht oder abschwächt. Was wir gelernt haben, und das ist wichtig für die weiteren Prozesse, ist, dass wir einen festen definierten Bestellprozess brauchen für alle Beteiligten. Das haben wir jetzt auch im Rahmen der Impfstoffversorgung für die Pandemie etabliert mit einem klaren Konzept, was dafür sorgt, dass Verlässlichkeit in der gesamten Lieferkette besteht. Das brauchen wir auch bei den Grippeimpfstoffen. Wir brauchen ausreichend Spielräume für die Ärzteschaft, um den Bedarf angemessen zu bestimmen, dass hier keine Nachteile entstehen aus Überbestellungen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft Patientenstellen. Es ist so, dass wir eine relativ festgefahrene Diskussion über die Zukunft der UPD haben. Tragfähige Konzepte sind nicht in Sicht. Es gibt sehr auseinandergehende Vorstellungen, wo das eigentlich hingehen soll. Es gibt eigentlich nur einen Konsens, dass keiner eigentlich eine neue Ausschreibung will. Welches Vorgehen würden Sie sich in dieser Situation vor diesem Hintergrund wünschen?

SV **Gregor Bornes** (Bundesarbeitsgemeinschaft Patientenstellen (BAGP)): Zu der Frage kann ich folgendes ausführen. Die Situation ist relativ verfahren dadurch, dass es sehr unterschiedliche Konzepte gibt, inwiefern die Neuregelung der UPD in Zukunft gestaltet werden soll. Da angesichts der Uneinigkeiten eine gesetzliche Regelung im Moment nicht absehbar ist, raten wir dringend dazu, zumindest die Ausschreibungspflichten, die sich für den GKV-Spitzenverband automatisch aus dem Gesetz ergeben und die spätestens im November diesen Jahres dazu führen würden, dass eine Neuausschreibung gestartet würde, irgendwie zu stoppen. Dazu müsste man § 65 b SGB V kurzfristig aussetzen oder aber dem GKV-Spitzenverband in irgendeiner Form deutlich signalisieren, dass eine neue Ausschreibung, die auch erhebliche Kosten verursacht in der Entwicklung aber auch in der Teilnahme, nicht stattfindet. Aus unserer Sicht ist es darüber hinaus absolut wichtig, die Zwischenzeit, die jetzt quasi vergehen wird bis nach den Wahlen eine neue Regierungskoalition steht, dazu zu nutzen, dass eine Lösung erarbeitet wird, die sowohl rechtlich umsetzbar ist als auch den Anforderungen, die schon sehr deutlich gestellt worden sind, also Stichworte Verstetigung der UPD, Verhinderung, dass Gewinne abgeschöpft werden aus der Förderung, die hier derzeit deutlich sichtbar ist, und aber auch die Frage, wie die UPD in Zukunft in den Regionen deutlich besser erreichbar sein wird. Das sind Fragen, die muss man regeln. Wir plädieren sehr dafür, eine entsprechende Expertenkommission einzusetzen. Diese Expertenkommission sollte unbedingt unter anderem auch mit den Organisationen besetzt werden, die die UPD einst erfunden haben. Das sind die Organisationen im Wesentlichen, die auch die Patientenvertretung im G-BA gestalten.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Unsere zweite Frage geht an den Bundesverband für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Deutschland. Können Sie bitte kurz darlegen, was die Probleme mit dem Schlichtungsverfahren bei den Heilmitteln, insbesondere bei der Ergotherapie sind? Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund unseren Änderungsantrag?



Sve **Christine Donner** (Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V (BED): Anders als § 125 SGB V vorgibt, wurden nach eineinhalb Jahren erfolglosen Preisverhandlungen durch die Schiedsstelle die Preise nicht festgesetzt. Stattdessen wurden einige Parameter vorgegeben, die jedoch auch laut Schiedsspruch der weiteren Verhandlung zwischen den Vertragspartnern bedürfen. Die vorgegebenen Parameter führen also nicht dazu, dass daraus eindeutige Preise ermittelbar sind. Aus unserer Sicht handelt es sich hier nicht um ein bloßes Umsetzungsproblem vom § 125, wofür die Judikative zuständig wäre, denn Fakt ist, dass § 125 von der Schiedsstelle, trotz der Vorgabe die Preise festzusetzen, offenbar so ausgelegt werden kann, dass stattdessen auch lediglich ein paar Parameter ausreichen. Ergo muss § 125 nicht eindeutig, sondern interpretierbar sein. Der Gesetzestext bedarf daher einer Anpassung. Die Folgen der nicht festgesetzten Preise durch die Schiedsstelle sind: Wir befinden uns in einer Endlosverhandlungsschleife. Wann es nun zu neuen Preisen kommt, steht in den Sternen. Für die Versorgung der Menschen mit Heilmitteln ist das ein Desaster, denn anders als vom Gesetzgeber mit der Regelung im § 125 beabsichtigt, wird die Attraktivität der Berufe nicht erhöht, sondern im Gegenteil, sie forciert den weiteren Fachkräftemangel, die Flucht aus den Heilmittelberufen und die Altersarmut der Berufsangehörigen durch eine Vergütung, die bislang die wirtschaftliche Tragfähigkeit einer durchschnittlichen Praxis nicht ermöglicht. Eine flächendeckende, ja überhaupt eine angemessene Versorgung der Menschen mit Heilmitteln wird so konterkariert. Die nicht festgesetzten Preise der Schiedsstelle führen nun auch dazu, dass die erweiterte Versorgungsverantwortung der Heilmittelerbringer nach §125a mit weitreichenden Neuerungen nicht angegangen werden kann und relevante Weiterentwicklungen im Heilmittelbereich für eine bessere Versorgung daher solange blockiert sind. Wenn diese Art der Schiedssprüche zudem auch in anderen Bereichen der Selbstverwaltung Schule macht, wird zukünftig in der Selbstverwaltung das Chaos herrschen. Wenn solche Schiedssprüche möglich sind, kann man auch gleich einen Deckel auf die Selbstverwaltung legen. Wir brauchen daher unbedingt eine Formulierung im § 125 der Interpretationsspielräume im Hinblick auf die Festsetzung der Preise unterbindet. Der Änderungsantrag der Linken ist ein Schritt in die richtige Richtung das

Problem zu lösen. Hinsichtlich der konkreten Formulierung sehen wir hier jedoch noch Anpassungsbedarf, was die Eindeutigkeit betrifft.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Unsere dritte Frage geht an ver.di. Ver.di übt grundlegende Kritik am Änderungsantrag 18 der Koalitionsparteien zur Gewinnung von ausländischen Pflegekräften. Warum lehnen Sie den Finanzierungsvorschlag ab? Wie soll die Vergabe des Gütesiegels ausgestattet sein?

Sve **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Die Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung, für betriebliche Integration und für die Anwerbung von Pflegefachkräften sehen wir grundsätzlich bei den Arbeitgebern in der Pflege. Eine öffentliche Förderung der Anwerbung von qualifizierten Pflegefachkräften im Ausland über Steuermittel sehen wir daher in der Tat äußerst kritisch. Darüber hinaus kritisieren wir die zentrale Stellung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, der KDA, das zukünftig über die Kriterien, die Kosten, die Kontrollmöglichkeiten und auch die Vergabestelle des Gütesiegels entscheiden soll. Im KDA fehlt es an der demokratischen Legitimation für die Herausgabe des Gütesiegels, welches jedoch grundsätzlich sinnvoll ist. Deshalb sehen wir vielmehr die Verantwortung für die Herausgabe des Gütesiegels ausdrücklich auf ministerieller Bundesebene. Aufgrund der hohen Bedeutung und auch der ethischen Verantwortung, die Deutschland bei der Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland trägt, muss die Steuerung und Verantwortung, Steuerung der Vergabe und Kontrolle des Gütesiegels in öffentlicher Hand und nicht bei privatwirtschaftlichen Akteuren liegen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an ver.di. Sie begrüßen grundsätzlich die Veröffentlichungspflicht des Pflegepersonalquotienten durch die Krankenhäuser, haben aber schon noch Kritik im Einzelnen daran. Welche Kritik das ist?

Sve **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Tatsächlich sehen wir es als unbedingt notwendig an, dass angesichts der stark steigenden Belegung in der dritten Pandemiewelle die



Pflegepersonen jetzt das klare Signal des Gesetzgebers brauchen, dass sich ihre Arbeitssituation absehbar verbessert. Mit der Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten wird sich die Situation der Krankenhauspflege nicht verbessern. Sie schafft nicht mehr als eine relative Vergleichbarkeit der Personalausstattung darüber, dass das Verhältnis der Anzahl der Pflegekräfte zum Pflegeaufwand im Krankenhaus beschrieben wird. Doch dieses Instrument kann gar keine Aussage zu angefallenem Pflegeaufwand und zur Personalbesetzung geben.

Schließlich wird der tatsächliche Pflegeaufwand über den zugrunde liegenden Pflegelastkatalog für dieses Instrument gar nicht abgebildet. Damit ist das Instrument ungeeignet, um den tatsächlichen Aufwand der Pflege zu beschreiben. Im Grunde genommen ist der Pflegepersonalquotient ein alter Hut. Das Instrument wurde von der Entwicklung überrollt. Es kann nicht dazu beitragen, die drohende Abwanderung aus der Pflege abzuwenden. Über die Vereinbarung aus der KAP sind wir da inzwischen einen wesentlichen Schritt weiter. Im Auftrag der KAP haben wir gemeinsam mit der DKG und dem DPR bereits vor über einem Jahr die PPR 2.0 vorgelegt. Das Instrument kann kurzfristig in Kraft gesetzt werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen und die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Es ist ein Ordnungsrahmen, der die bedarfsgerechte Personalbemessung vorgibt und absichert und schnellstmöglich bundesweit auf den Weg zu bringen ist. Darüber hinaus sollte auch mit diesem Gesetz bereits der Auftrag für die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Instruments zur Personalbedarfsermittlung erteilt werden. Hier sehen wir noch eine deutliche Lücke, die dringend geschlossen werden.

Abg. **Harald Weinberg** (LINKE.): Ich frage den VdK. Am Antrag der Grünen zur Versorgung im Wettbewerb der Krankenkassen üben Sie Kritik an dem Wettbewerb. Wie sehen Sie die oft bemühte These, dass Wettbewerb die Qualität verbessern könne?

SV **Frank Weniger** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Die Ansätze im Antrag sind durchaus gut, aber wir haben grundsätzliche Kritik am Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Es gibt keine Studie, die belegt, dass dieser Wettbewerb auch zu einer besseren Gesundheitsversor-

gung führt. Insbesondere Menschen mit Behinderung und hohem Hilfsmittelbedarf sind darauf angewiesen, eine durchgehende Versorgung mit diesen Hilfsmitteln zu haben. Ein Wechsel zu einer anderen Krankenkasse ist ihnen schon faktisch nicht möglich, da sie die Hilfsmittel dann zurückgeben müssten, die leihweise gegeben wurden. Deswegen muss es hier einen ganz anderen Ansatz geben.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an die BAGFW. Das Erfordernis der Krankenhausassistenz ist seit langem thematisiert worden, auch von Ihnen. Bitte skizzieren Sie kurz, welchen Lösungsvorschlag Sie hier für eine gesetzliche Regelung unterbreiten.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): In der Tat, ich glaube, die Problemstellung ist hier im Raum allen bekannt. Wir sind froh, dass das Thema auch derzeit wieder in der Diskussion ist. Ganz kurz die Skizzierung des Lösungsvorschlags. Wir sehen sowohl gesetzgeberischen Handlungsbedarf im SGB V als auch im SGB IX. In SGB V muss geregelt werden, dass nicht nur Personen, die im Arbeitgebermodell Assistenten beschäftigen, mit ins Krankenhaus aufgenommen werden können, § 11, Absatz 3, sondern es muss auch eine Regelung vorgesehen werden, bei der der Verdienstausschluss von Angehörigen beispielsweise geregelt wird, so analog § 45, Kinderkrankengeld. Wir sehen die größere Baustelle jedoch im SGB IX. Die Krankenhausassistenz ist eine Assistenzleistung. Hier muss es eine Klarstellung bei den Regelungen zu den Assistenzleistungen in den § 113 und § 78 geben, sowie ergänzend insbesondere bei Einrichtungen, bei denen dann das Personal auch mit ins Krankenhaus muss, eine Grundlage für die Bedarfsermittlung und für die Vergütungsregelungen, denn diese Assistenzperson, die im Krankenhaus mit dabei ist, fehlt dann in der Einrichtung und muss entsprechend ersetzt werden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die ESVe Dr. Demmler. Warum ist für die Verbesse-



zung der Qualität der Krankenkassen die Versicherungsperspektive so wichtig? Wie kann die Wahrnehmung der Versicherten systematisch in die Qualitätserhebungen einbezogen werden?

ESVe Dr. Gertrud Demmler: Das Wesen der Krankenkasse und die Qualität, die sich daraus ableitet, entstehen tagtäglich in der Interaktion mit Versicherten. Also die Frage, ob wir leistungsbereit sind, ob eine Kasse gut informiert, gut berät, das entsteht in Millionen von Kontakten in der GKV. Diese Perspektive kann allein der Versicherte bewerten. Das heißt, die Versichertenerfahrung ist ganz zentral für die Frage, wie qualitativ hochwertig macht eine Kasse ihren Job. Wir machen das seit Jahren und für uns ist es ein zentraler Maßstab für den Erfolg unserer Arbeit und auch der Ausgangspunkt, um besser zu werden. Diese Versichertenerfahrung, das ist unser Vorschlag und unsere Forderung seit Jahren, sollte systematisch methodisch sauber erhoben und transparent gemacht werden, damit diese Perspektive in der GKV viel transparenter wird.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an die BPtK. Welchen Unterschied würde es in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher machen, wenn diese einen Anspruch auf heilpädagogische und sozialarbeiterische Leistungen im Rahmen einer ambulanten Komplexleistung hätten?

SVe Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): In der Behandlung von psychisch kranken Kindern mit komplexem Versorgungsbedarf sind nichtärztliche, sozialpädiatrische Leistungen wie psychologische, heilpädagogische und sozialarbeiterische Leistungen wesentliche Behandlungsbausteine, die der oder die koordinierende PsychotherapeutIn veranlassen und verordnen können muss. Beispielsweise wird in der Psychotherapie ein bestimmtes Verhalten erlernt, das das Kind gemeinsam mit der HeilpädagogIn im Alltag einübt, wie zum Beispiel das Aufmerksamkeits-training bei einer schweren ADHS. Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen können bereits heute von Ärztinnen und Ärzten verordnet werden. Im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung sollte dieser Verordnungsbefugnis auch auf Psychothera-

peutInnen erweitert werden, damit PsychotherapeutInnen die koordinierende Rolle auch ausfüllen können. Insbesondere auch, damit die Versorgung in Regionen mit Fachärztemangel sichergestellt ist. Deshalb bedarf es einer gesetzlichen Ergänzung im § 43 a SGB V.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich richte meine Frage an die DKG. Das GVG sieht vor, dass der G-BA Vorgaben zur Durchführung einer standardisierten deutschlandweiten einheitlichen Ersteinschätzung für die ambulante Notfallbehandlung festlegen soll. Wie beurteilen die Krankenhäuser in Deutschland ein solches standardisiertes und festgelegtes Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung?

SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir haben bereits ein Ersteinschätzungsverfahren in den Krankenhäusern, was eingeführt wurde, um das Notfallstufenkonzept in den Krankenhäusern damit entsprechend zu begleiten. Darüber hinaus sehen wir keine Notwendigkeit jetzt ein weiteres Notfalleinstufungsverfahren oder –einschätzungsverfahren einzuführen. Die Patientinnen und Patienten kommen in der Regel in das Krankenhaus, in die Notfallaufnahme mit dem subjektiven Gefühl, ein Notfallpatient zu sein. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus sind in der Lage, und wir sollten ihnen auch das Vertrauen schenken, einschätzen zu können, inwiefern ein akuter Notfall vorliegt, entsprechend Behandlungsbedarf ist und dieser dann auch im Krankenhaus geleistet wird. Ich darf an der Stelle daran erinnern, dass es Untersuchungen gibt, die zeigen, dass ein großer Teil der Patientinnen und Patienten, die zu uns in die ambulanten Notaufnahmen kommen, vielfach sogar von den Terminservicestellen dort hingeschickt werden, dass sie aus dem niedergelassenen Bereich in die Krankenhäuser geschickt werden. Insofern haben viele der Patientinnen und Patienten auch schon einen Weg im System hinter sich. Deshalb plädieren wir sehr dafür, auch im Sinne der Patientenversorgung, hier keine zusätzliche Bürokratie, kein zusätzliches Procedere einzuführen. Wenn überhaupt, sollte man sich in der Tat, wie vorhin auch schon mal angesprochen, darüber verständigen, insgesamt eine große Reform der ambulanten Notfallversorgung, auch sektor-



übergreifend, vielleicht in der nächsten Legislaturperiode, anzugehen. Deshalb lehnen wir jetzt die kurzfristige Einführung eines solchen Verfahrens über den G-BA eindeutig ab.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich nochmal an die BpTK. Sie hatten in Ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass Sie zusätzlichen Regelungsbedarf bei der Probatorik während der Krankenhausbehandlung sehen. Warum reicht die derzeitige gesetzliche Regelung aus Ihrer Sicht nicht aus?

Sve **Dr. Andrea Benecke** (Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK)): Bei der Änderung der Psychotherapierichtlinie hat der G-BA lediglich den Wortlaut des Gesetzes in die neue Richtlinie übertragen. In der Folge sind probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung nur in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt worden. Das greift viel zu kurz und verschenkt die Möglichkeit, PatientInnen auch schon während der Krankenhausbehandlung in die ambulante Weiterbehandlung zu vermitteln, zum Beispiel auch im Rahmen einer Belastungsprobung. Aber auch probatorische Sitzungen im Gruppensetting können so nicht wahrgenommen werden, da sie nicht in den Räumen des Krankenhauses, sondern nur in der vertragspsychotherapeutischen Praxis gemeinsam mit den anderen PatientInnen stattfinden können, die nicht in stationärer Behandlung sind. Daher braucht es eine gesetzliche Ergänzung, die die Durchführung der probatorischen Sitzungen noch während der Krankenhausbehandlung auch in der vertragspsychotherapeutischen Praxis ermöglicht.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme mit dem GVWG für 2022 einen erhöhten Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds festzuschreiben. Welche Folgen für die Versicherten hätte es, wenn das nicht geschieht?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir erwarten eine Lücke für 2022 von 16 bis 19 Milliarden Euro. Das bedeutet also, der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz müsste nochmal um ein bis

1,2 Prozentpunkte steigen und läge dann also bei 2,3 bis 2,5 Prozent. Das bedeutet zehn bis zwölf Euro je 1 000 Euro beitragspflichtige Einnahmen und an der Beitragsbemessungsgrenze 50 bis 60 Euro. Wichtig ist, dass jetzt ein entsprechend höherer Bundeszuschuss im Gesetz festgeschrieben wird, denn nur so kann dieser auch bei der Bemessung der Zuweisungen für 2022 berücksichtigt werden. Es reicht nicht, wenn irgendwann nach der Wahl nach einer Koalitionsverhandlung ein Haushalt verabschiedet wird, weil dann ist möglicherweise der Schätzerkreis schon vorbei. Deswegen müsste heute und jetzt ein Bundeszuschuss festgelegt werden, damit der Schätzerkreis das berücksichtigen kann, damit die Beiträge dann nicht so stark steigen.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Auf den Punkt genau. Ich bedanke mich bei allen, bei den Sachverständigen für die Antworten, aber auch bei den Fraktionen für die Fragen. Wir werden sicherlich jetzt noch zu einiges diskutieren haben. Ich schließe diese 150. Sitzung unseres Ausschusses, wünsche noch einen schönen Tag.

gez.
Erwin Rüdell, MdB
Vorsitzender