



Wortprotokoll der 36. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 28. September 2022, 14:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 8

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz)

BT-Drucksache 20/3448

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Soforthilfeprogramm für Krankenhäuser zur Abfederung unvorhersehbarer inflationsbedingter Kostensteigerungen

BT-Drucksache 20/2375

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss
Haushaltsausschuss



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

Abschaffung der Budgetierung für Ärzte

BT-Drucksache 20/2360

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss

- d) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Marc Bernhard, René Bochmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Bevorzugung von Importarzneimitteln beenden – Arzneimittelsicherheit verbessern

BT-Drucksache 20/3532

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Wirtschaftsausschuss
Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union
Haushaltsausschuss

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

Lieferengpässe bei Arzneimitteln wirksam begrenzen – Abhängigkeit der Arzneimittelversorgung vom Nicht-EU-Ausland abbauen

BT-Drucksache 20/3533

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Wirtschaftsausschuss
Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union
Haushaltsausschuss

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

Abschaffung des DRG-Systems im Krankenhaus und Einführung des Prospektiv-Regionalen-Pauschalensystems

BT-Drucksache 20/3536

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

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

Verfahren der Nutzenbewertung und Preisfindung im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz auch auf Medizinalcannabis anwenden und damit gleichzeitig die Anwendungssicherheit verbessern und die Krankenkassen entlasten

BT-Drucksache 20/3537

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit



- h) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Kassendefizite solidarisch überwinden – Erhöhung der Beitragssätze durch die Krankenkassen verhindern

BT-Drucksache 20/3484

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Haushaltsausschuss

- i) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Mehrwertsteuer auf Arzneimittel absenken – Anhebung der Zusatzbeiträge für gesetzlich Krankenversicherte verhindern

BT-Drucksache 20/3485

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss

Haushaltsausschuss



**Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung
„GKV-Finanzstabilisierungsgesetz“**

Mittwoch, 28. September 2022, 14:00 Uhr bis 16:00 Uhr
Paul-Löbe-Haus (PLH), Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen

- ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
- AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (bvkj)
- BKK Dachverband e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG Selbsthilfe)
- Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH)
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)
- Bundesverband deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)
- Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren - Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutsche Rentenversicherung-Knappschaft-Bahn-See
- Deutscher Caritasverband e. V.
- Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (DGB)
- Deutscher Hausärzteverband e. V.



- Deutscher Hebammenverband
- Deutscher Landkreistag e. V. (DLT)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV)
- Deutscher Pflegerat e. V.
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB)
- Deutscher Städtetag
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- GKV-Spitzenverband (GKV)
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
- Pro Generika e. V.
- Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)
- Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e. V. (VAD)
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.
- Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e. V. (VAD)
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)
- Verband der Universitätskliniken
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)



- Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää)
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)

Einzelverständige

- Prof. Dr. Günter Neubauer (Direktor des IfG – Institut für Gesundheitsökonomik)
- Michael Strobach (Verband der privaten Krankenkassen-Anstalten in Bayern e. V.)
- Prof. Dr. Jürgen Wasem (Universität Duisburg Essen)
- Prof. Bernhard Wörmann (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie)



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Tagesordnungspunkt 1

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz)

BT-Drucksache 20/3448

b) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Soforthilfeprogramm für Krankenhäuser zur Abfederung unvorhersehbarer inflationsbedingter Kostensteigerungen

BT-Drucksache 20/2375

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

Abschaffung der Budgetierung für Ärzte

BT-Drucksache 20/2360

d) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Marc Bernhard, René Bochmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Bevorzugung von Importarzneimitteln beenden – Arzneimittelsicherheit verbessern

BT-Drucksache 20/3532

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

Lieferengpässe bei Arzneimitteln wirksam begrenzen – Abhängigkeit der Arzneimittelversorgung vom Nicht-EU-Ausland abbauen

BT-Drucksache 20/3533

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

Abschaffung des DRG-Systems im Krankenhaus und Einführung des Prospektiv-Regionalen-Pauschalensystems

BT-Drucksache 20/3536

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

Verfahren der Nutzenbewertung und Preisfindung im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz auch auf

Medizinalcannabis anwenden und damit gleichzeitig die Anwendungssicherheit verbessern und die Krankenkassen entlasten

BT-Drucksache 20/3537

h) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Kassendefizite solidarisch überwinden – Erhöhung der Beitragssätze durch die Krankenkassen verhindern

BT-Drucksache 20/3484

i) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Mehrwertsteuer auf Arzneimittel absenken – Anhebung der Zusatzbeiträge für gesetzlich Krankenversicherte verhindern

BT-Drucksache 20/3485

Stellvertretende Vorsitzende, Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauer:innen, sehr geehrte Sachverständige hier im Ausschuss und in der digitalen Zuschaltung, sehr geehrte Vertreter:innen der Bundesregierung und liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Gesundheit, die, wie Sie der Begrüßung schon entnehmen konnten, eine Mischung ist aus Präsenz Sitzung hier in unserem Ausschusssaal und Online-Meeting. Online sind viele Sachverständige dabei und auch etliche Kolleginnen und Kollegen hier aus dem Ausschuss. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmer:innen bitten, die per Webex zugeschaltet sind, sich mit Ihrem vollen Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten und dann anzuschalten, wenn Sie aufgerufen werden. Hier im Saal sind fünf weitere Sachverständige. Ich begrüße Sie ganz herzlich.

In der heutigen Anhörung, die insgesamt 120 Minuten dauern wird, geht es um neun verschiedene Vorlagen: Das eine ist der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das „GKV-



Finanzstabilisierungsgesetz“ BT-Drucksache 20/3448 sowie die dazugehörigen Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 20(14)52.1. Mit der Tagesordnung übermittelt worden sind Ihnen acht weitere Anträge von den Oppositionsfraktionen CDU/CSU, AfD und Die Linke. Die genauen Titel und Bundestagsdrucksachen entnehmen Sie bitte, wegen der Menge, Ihrer Tagesordnung. Ganz kurz zur inhaltlichen Umreifung dessen, was wir hier heute machen. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung beschäftigt sich mit der künftigen Finanzierung der GKV. Nach aktueller Gesetzeslage entfällt im Jahr 2023 der zur Stabilisierung der Finanzsituation der GKV in der Corona-Pandemie beschlossene ergänzende Bundeszuschuss für 2022 in Höhe von 14 Milliarden Euro. Ohne zusätzliche Maßnahmen würde der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der GKV im Jahr 2023 von derzeit 1,3 Prozent zunächst um rund einen Prozentpunkt steigen. Anschließend würde er aufgrund der Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben jedes Jahr um weitere 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte zunehmen. Derzeit entspricht ein Beitragsatzpunkt rund 16 Milliarden Euro. Um die Lasten auf verschiedene Schultern zu verteilen und nicht alleine den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern aufzuerlegen, wurden verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen, wie zum Beispiel die Erhöhung des Bundeszuschusses auf 16,5 Milliarden Euro oder ein unverzinsliches Bundesdarlehen an den Gesundheitsfonds in Höhe von 1 Milliarde Euro. Im Arzneimittelsektor ist unter anderem für 2023 ein um fünf Prozentpunkte erhöhter Herstellerabschlag insbesondere für patentgeschützte Arzneimittel und die Verlängerung des Preismoratoriums bis Ende 2026 vorgesehen. Bei den Leistungserbringern soll die extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen gegenüber „Neupatienten“ wieder abgeschafft und der Honorarzuwachs für Zahnärztinnen und Zahnärzte begrenzt werden. Die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler müssen mit einem erhöhten Zusatzbeitrag rechnen. Allerdings ist festgelegt, dass es keine Leistungskürzungen für die Versicherten geben soll. So weit, ganz grob zusammengefasst, was der Gesetzentwurf adressiert. Die Oppositionsfraktionen sehen die Lage naturgemäß etwas anders und es liegen uns acht verschiedene Anträge dazu vor, die wir heute ebenfalls anhören. So wird in einem dieser Anträge empfohlen, dass die Finanzierungslücke ohne Beitragssatzerhöhungen solida-

risch geschlossen werden soll. Zwei weitere Anträge beschäftigen sich mit der künftigen Finanzierung der Krankenhäuser und in diesem Kontext auch mit der Abschaffung der Fallpauschalen. Weitere Anträge zielen auf den Arzneimittelmarkt und fordern die Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel oder den Abbau vorhandener Lieferengpässe bei bestimmten Arzneimitteln und Wirkstoffen. Das AMNOG-Verfahren (Arzneimittelneurechtsgesetz) soll künftig bei Medizinalcannabis zum Einsatz kommen, damit unter anderem die Krankenkassen finanziell entlastet werden. Soweit ganz grob und nur sehr überschriftenartig zu den vorliegenden Anträgen.

Bevor ich anfangen möchte, möchte ich kurz den Ablauf der Anhörung erklären und eine Begrüßung speziell vornehmen. Ich hab Sie als Sachverständige alle schon begrüßt, aber ich erlaube mir, Dr. Carola Reimann extra zu begrüßen, weil, Sie werden festgestellt haben, dass auch ein Foto von ihr hier im Sitzungssaal des Gesundheitsausschusses an der Wand hängt. Carola Reimann war nämlich in der vorvorletzten Legislaturperiode die Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit. Liebe Carola, wie schön, dass du hier auch dabei bist. Ein herzliches Willkommen! Das werde ich jetzt nicht einzeln würdigen, aber das ist schon eine besondere Situation und Frau Dr. Reimann ist jetzt die Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes und in der Funktion heute auch da. Das haben wir gar nicht so ganz oft, dass frühere Vorsitzende hier als Sachverständige sind, deshalb, denke ich, können wir das einmal so tun.

Jetzt zum Ablauf der Anhörung: Insgesamt dauert diese Anhörung 120 Minuten ab Beginn der ersten Frage. Diese Zeit ist nach Fraktionsstärke auf drei Frageblöcke aufgeteilt. Demnach beträgt die Fragezeit für die SPD 34 Minuten, die CDU/CSU 33 Minuten, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 19 Minuten, die FDP 15 Minuten, die AfD 13 Minuten und DIE LINKE 6 Minuten. Das heißt, wenn Sie sich als Fragende und Sachverständige relativ kurz und präzise fassen, können mehr Aspekte zur Sprache kommen. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, müssen bevor Sie antworten ihr Mikro freischalten und sich mit Namen und Verband vorstellen – und das jedes Mal, wenn Sie gefragt werden, selbst wenn zwei Fragen hintereinander an Sie gerichtet werden. Das ist wichtig für die Protokollierung und wichtig für die Zuschauenden, die im Livestream diese Anhörung verfolgen. Wenn



Sie sprechen, wenn Sie digital zugeschaltet sind, erscheinen Sie in dem Moment hier bei uns auf so einem Würfel im Saal und wir können Sie sehen und hören. Ich hab schon gesagt, wir werden live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll wird später auf der Internetseite des Ausschusses auch veröffentlicht werden, sodass alles was Sie sagen auch nochmal nachlesbar ist. Vielen Dank an alle Sachverständigen, die da sind, und auch gerade denen nochmal ganz besonders, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Des Weiteren müssen alle Mobiltelefone hier im Saal möglichst ausgeschaltet werden. Ein Klingeln kostet fünf Euro. Das ist deshalb nicht ganz so schlimm, weil es für einen guten Zweck ist, aber trotzdem wollen wir das natürlich vermeiden. Wir beginnen jetzt mit der ersten Frage.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Unsere erste Frage geht an den AOK-Bundesverband und an den DGB. Im Gesetz wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verpflichtet, bis zum 31. Mai 2023 Empfehlungen vorzulegen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV. Wie bewerten Sie dieses Vorhaben?

Sve **Dr. Carola Reimann** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Der Gesetzentwurf liefert keine Lösung für eine nachhaltige Sicherung der Finanzierung der GKV. Deshalb begrüßen wir, dass Empfehlungen erarbeitet werden für eine mittel- und langfristige Perspektive und Stabilisierung der GKV-Finanzierung. Die Fristsetzung, die im Gesetz aber jetzt drin ist, bis Mai, halten wir für viel zu knapp kalkuliert. Im Hinblick auf die Haushaltsplanung für das Jahr 2024 müssten die Empfehlungen früher kommen, denn, den Gesetzgebungsprozess antizipiert, braucht man dafür eben auch Zeit und deshalb sollten die Empfehlungen bis Ende März vorgelegt werden. Folgende Maßnahmen sind unserer Ansicht nach insbesondere umzusetzen: Das ist die angemessene Bezahlung und Erhöhung der Pauschale für die Beziehenden von Arbeitslosengeld II (ALG II), das ist die Dynamisierung des Bundeszuschusses und das ist auch eine Reduzierung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel. Das sind Dinge, die kurzfristig wirksam sind. Neben diesen kurzfristigen Stabilisierungsmaßnahmen brauchen wir aber auch zwingend eine Strukturreform um

damit die Leistungsfähigkeit der GKV langfristig sicherstellen. Dazu gehören eine qualitätsorientiertere Form der Krankenhauslandschaft, sektorenunabhängige Versorgung, eine Reform der Notfallversorgung und die Weiterentwicklung der Preisbildung für patentgeschützte Arzneimittel. Das sollte in den Empfehlungen unbedingt enthalten sein und das so früh wie möglich.

SV **Johannes Roth** (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (DGB)): Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen ebenfalls dieses Vorhaben, denn wir kritisieren deutlich, dass ein Großteil der finanziellen Belastungen, nämlich knapp 70 Prozent, durch die beitragszahlenden Versicherten und Arbeitgebenden getragen werden soll. In Zeiten stark steigender Lebenshaltungskosten werden durch steigende Beitragssätze nicht nur viele Versicherte finanziell überfordert, sondern auch die von der Regierungskoalition propagierten Entlastungen der Bürgerinnen und Bürger werden konterkariert. Der Rückgriff auf die Beitragsrückzahlungen bei den Krankenkassen schwächt zudem die finanzielle Resilienz der Kassen mit potenziell fatalen Folgen für die Gesundheitsversorgung und den Gesundheitsstandort Deutschland mit seinen circa sechs Millionen Beschäftigten. Zusätzlich ist festzustellen, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen ebenfalls ungeeignet sind, der mit jährlich vier Milliarden Euro angegebenen Zunahme des GKV-Defizits entgegenzuwirken. Auf der Grundlage der Maßnahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs ist bereits im Jahr 2024 mit einem erneuten Finanzierungsdefizit jenseits der zehn Milliarden Euro zu rechnen. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften weisen daher dringlichst auf die Notwendigkeit nachhaltig wirkender Reformen hin, die das bereits entstandene Finanzierungsdefizit schließen und eine nachhaltige finanzielle Stabilisierung garantieren. Hierzu bedarf es grundlegender Strukturreformen in der Versorgung, durch die zugleich Leistungsausgaben reduziert und Leistungsqualität gesteigert werden können. Zudem unterstützen wir die eben von Frau Dr. Reimann genannten kurzfristigen Maßnahmen.

Abg. **Dr. Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an den BKK Dachverband sowie an den GKV-Spitzenverband. Im Gesetzentwurf ist bereits vorgese-



hen, dass der Erstattungsbetrag künftig rückwirkend ab dem siebten Monat nach Markteintritt gilt. Im stationären Sektor ist der Erstattungsbetrag der höchstmögliche Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens für ein Arzneimittel an ein Krankenhaus. Sehen Sie Effizienzreserven, die durch die Geltung des Erstattungsbetrages ab dem siebten Monat im stationären Sektor gehoben werden können?

SV Franz Knieps (BKK Dachverband e. V.): Wir glauben, dass in vielen Fällen der Preis künstlich hochgehalten wurde und wir erleben auch, dass die Preisbildung im ambulanten Bereich maßgeblich determiniert wird durch die Einführung neuer, sehr teurer Produkte im Rahmen der Krankenhausversorgung. Von daher begrüßen wir die Maßnahme uneingeschränkt, würden uns sogar wünschen, dass die Beschränkung auf sechs Monate entfallen würde zugunsten einer Lösung, dass der Verhandlungspreis rückwirkend vom ersten Tag an erstattet würde.

SV Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband (GKV)): Auch wir sehen das ganz genauso wie von Herrn Knieps gerade vorgetragen. Die Rückwirkung ist in jedem Fall ab dem sechsten Monat ein Schritt in die richtige Richtung und muss auch in voller Konsequenz entsprechend auf den stationären Bereich angewandt werden. Hier haben wir die Situation, dass die Vergütung über sogenannte NUB-Entgelte (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode) momentan funktioniert und angesichts der Verhandlungs- und Festlegungsintervalle es eine Insynchronität geben kann zwischen dem Erstattungsbetrag und dem NUB-Entgelt und das muss in jedem Fall glattgezogen werden, indem der Erstattungsbetrag grundsätzlich auch im stationären Bereich die Grundlage ist für die Erstattungspreise im Arzneimittelbereich.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Meine Frage geht an den G-BA. Im Gesetzentwurf werden auch die Rahmenbedingungen für die Erstattungsbetragsverhandlungen von Arzneimitteln reformiert. Ein gängiges Argument für hohe Arzneimittelpreise besteht im Verweis auf hohe Forschungs- und Entwicklungskosten neuer Wirkstoffe. Über diesen Punkt herrscht in

den Preisverhandlungen allerdings keine eindeutige Transparenz. Wie bewerten Sie die Forderungen, die Berücksichtigung der tatsächlichen Forschungs- und Entwicklungskosten als Kriterium für die Erstattungsbetragsverhandlungen einzuführen und dahingehend Transparenz zu schaffen.

SV Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich halte das für sinnvoll und aller Mühen wert, obwohl es sicher praktisch und rechtlich keine triviale Frage ist, über die wir uns hier unterhalten. Heute sind die Markteintrittspreise, die von pharmazeutischen Unternehmen verlangt werden, faktisch eine „Blackbox“ und niemand kann auch nur ansatzweise nachvollziehen, wie diese kalkuliert sind. Um das vorauszuschicken, natürlich müssen Forschung und Entwicklung bezahlt werden, natürlich muss man Unternehmen auch Renditen zubilligen, das ist ganz klar, natürlich müssen auch Entwicklungen, die nach hohen Forschungs- und Entwicklungskosten dann am Ende floppen und in keine Zusatznutzenbewertung oder in eine Zulassung einmünden, in irgendeiner Form eingepreist werden, aber es müsste zumindest grob nachvollziehbar sein, wie solche Markteintrittspreise kalkulatorisch zustande kommen, denn nur dann kann zwischen fairen Preisen und völlig überzogenen Forderungen unterschieden werden und man hätte auch Transparenz für die Erstattungsbetragsverhandlungen – auch für öffentliche Diskussionen über angemessene oder unangemessene Preise. Derzeit kann man das allerdings rechtlich nicht erzwingen. Nationale Regelungen würden hier aus meiner Sicht auch relativ wenig bringen, denn was schert es einen US-amerikanischen Pharmakonzern, wenn wir ihm sagen: Du musst uns jetzt irgendwelche, möglicherweise Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse, offenbaren. Aber – und da sehe ich Hoffnung – es gibt Modelle, die einzelne Krankenkassen entwickelt haben, nach denen auf der Basis von bestimmten Kalkulationsschemata dann bestimmte Preise kalkuliert werden mit durchschnittlichen Forschungs- und Entwicklungskosten mit gewissen Abschreibungen. Ich glaube es wäre aller Mühen wert, sich über diese Modelle in der Zukunft vertieft Gedanken zu machen, damit man nicht auf der Basis einer Blackbox in Verhandlungen geht, denn selbst wenn man da 10 Prozent oder 20 Prozent Abschlag am Ende rausverhandelt, hat man unter Umständen immer noch einen überhöhten Preis, der mit dem Nutzen und



mit den Kosten der Forschung und Entwicklung nichts zu tun hat, bezahlt und das können wir uns finanziell nicht leisten.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Meine Frage geht ebenfalls an den G-BA. In der Diskussion um die Reform der Orphan Drug-Regelung existiert seit langem der Vorschlag, die Privilegierung auf solche Wirkstoffe zu beschränken, die echte Solisten in ihrem Anwendungsgebiet sind. Wie bewerten Sie diesen Lösungsansatz? Gehen Sie insbesondere auch auf mögliche Fragen der Umsetzung ein.

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich selbst habe diesen Vorschlag auch in der Vergangenheit mehrfach gemacht. Er entspricht im Kern der Gesetzesbegründung, die wir nachlesen können in der Einführung des AMNOG. In der steht, dass vom Privileg in der Regel nur neuartige und erstmalige Arzneimitteltherapien bei seltenen Erkrankungen profitieren sollen, bei denen es bisher keine medikamentösen Therapien gab. So kann man es nachlesen. Nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen werden aber alle durch die EMA (European Medicines Agency – Europäische Arzneimittel-Agentur) als Orphan Drugs zugelassenen Wirkstoffe bis zu dem heute noch geltenden Jahresumsatz von 50 Millionen nur einer vereinfachten Nutzenbewertung unterzogen und erhalten einen fiktiven Zusatznutzen, selbst wenn sich dieser aus der vorliegenden Evidenz nicht ergibt. Diese Regelung ist sinnvoll für echte Solisten. Wenn ich bei einer kleinen Patientengruppe keine Evidenz habe und habe die erste Therapie, sie ist aber nicht sinnvoll, wenn im gleichen Therapiegebiet – und das erleben wir – mehrere Arzneimittel nacheinander im gleichen Anwendungsgebiet zugelassen werden und alle den Orphan Drug-Status bekommen, denn hier haben wir es dann nicht mehr mit dem ersten Wirkstoff in diesem Bereich zu tun. Damit ist der ursprüngliche Ansatz, dass man hier einen besonderen Anreiz für Forschung und Entwicklung in diesen Bereichen geben wollte, durch die Praxis der EMA aus meiner Sicht konterkariert. Denn auch nachfolgende zweite oder dritte Wirkstoffe mit identischem Anwendungsgebiet fallen unter dieses Privileg. Vor diesem Hintergrund halte ich es für wichtig, dass diese Privilegierung auf den ursprünglich mit ihr

verfolgten Sinn und Zweck zurückgeführt wird, indem nur noch der erste, der in den Markt kommt, davon profitiert. Wie kann man das machen in der Praxis? Man braucht sich schlicht und ergreifend die Zulassung und den Markteintritt anzuschauen und der Erste, der kommt, hat das Privileg und der Zweite muss sich dann einer Nutzenbewertung gegenüber dem Ersten unterwerfen. Ich will Spinale Muskelatrophie bei Kindern SMA 1 als ein Beispiel nennen: erster Wirkstoff Nusinersen, zweiter Wirkstoff Zolgensma, dritter Wirkstoff Risdiplam – teilweise Orphan, teilweise kein Orphan. Drei Wirkstoffe, wo man sich die Frage stellt, wieso alle Wirkstoffe eine Privilegierung brauchen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage zum Thema Arzneimittelversorgung, zu den sogenannten Leitplanken, geht an den GKV-Spitzenverband und an den Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa). Befürworten Sie, dass für Wirkstoffe, die in der Nutzenbewertung nur einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen oder einen geringen Zusatznutzen zugesprochen bekommen, künftig ein Erstattungsbetrag zu verhandeln ist, der nicht höher liegt als die Jahrestherapiekosten der wirtschaftlichsten Alternative? Was entgegnen Sie Expertinnen und Experten, die in dieser Regelung einen Systembruch sehen, da ein besseres Produkt in der Folge keinen besseren Preis erzielen kann? Was halten Sie vom Alternativvorschlag, die Jahrestherapiekosten des neu zu bewertenden Wirkstoffs mit geringem oder nicht quantifizierbarem Zusatznutzen zu deckeln, beispielsweise bei plus fünf Prozent gegenüber den Jahrestherapiekosten der wirtschaftlichsten Alternative?

SV **Markus Grunenberg** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Ich würde gern noch zwei ganz grundsätzliche Dinge ganz kurz voranstellen. Einmal weise ich darauf hin, dass ein Arzneimittel mit Zusatznutzen nicht unbedingt das bessere Produkt ist, als alle anderen Alternativen, weil wir natürlich immer nur einen Vergleich gegen eine bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie haben. Oft vergleichen sich diese Arzneimittel gegen die schwachen Alternativen und nicht mit der aktuell stärksten Vergleichstherapie. Ich will diese generelle Aussage etwas relativieren und auch noch einmal darauf hinweisen, dass wir natürlich auch kein



ausschließlich auf ein Zusatznutzen basiertes Preisfindungssystem haben, sondern auch weitere Kriterien sowie EU-Preise und Kosten vergleichbarer Arzneimittel mitberücksichtigt werden. Insofern gehen wir davon aus, dass mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen eine Unwucht in dem System ausgeglichen wird und stellen natürlich auch fest, selbst das Votum „kein Zusatznutzen“ bildet die Vergleichsgrundlage gegen Arzneimittel, die Therapiekosten in nennenswerter Höhe haben von 30 000 bis mehrere 100 000 Euro pro Jahr. Insofern sehen wir hier auch einen gewissen Interessensausgleich, der durch die Regelung hergestellt wird. Man denke insbesondere an den Bereich Orphan Drugs und das sehr häufig gefällte Urteil, dass es keinen quantifizierbaren Zusatznutzen gibt. Das ist Aussage der Unsicherheit der Aussagekraft in Bezug auf den Nutznachweis, weswegen wir hier auch es für angemessen halten, dass, bis es zu einer Quantifizierung des Zusatznutzen kommt, es auch zu einer für beide Seiten tragfähigen Lösung, was die Preisbildung angeht, kommt und deswegen auch nicht erstmal mehr bezahlt wird, bis es neue Evidenz tatsächlich gibt.

SV Han Steutel (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)): Mit dieser Maßnahme wird das AMNOG-System komplett auf den Kopf gestellt und nach meiner Meinung eigentlich komplett zerstört, in dem Sinne, dass die Intention des AMNOG damals, in einem elf Jahre bewährte System dafür sorgen sollte, dass es auf Basis von einem Zusatznutzen zu einer Preisfindung kommen sollte, aber auch dafür sorgen sollte, dass die neuen Arzneimittel direkt zur Verfügung stehen für Patienten in Deutschland. Das hat sich sehr, sehr gut bewährt in den letzten Jahren. Aber mit dieser Maßnahme wird das komplett zerstört. Der Minister hat immer wieder betont, dass dieser Entwurf nicht zu Leistungskürzungen führen würde. Das kann ich im Falle von der Versorgung mit innovativen Arzneimitteln in Deutschland absolut nicht bestätigen. Im Gegenteil, wir sehen vorher, dass es in vielen Fällen nicht mehr zu Innovationen kommen wird für Patienten, die diese Innovationen heutzutage und auch morgen noch immer brauchen, um ihre Krankheit besser zu behandeln oder zu heilen.

Abg. Tino Sorge (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Mich würde interessieren, wie konkret sich die bestehende Inflation auf die Krankenhäuser in Deutschland auswirkt? Warum können Krankenhäuser diese Mehrkosten nicht im laufenden Jahr ausgleichen? Wäre der Antrag der CDU/CSU-Bundestagsfraktion „Soforthilfeprogramm für Krankenhäuser zur Abfederung unvorhersehbarer inflationsbedingter Kostensteigerungen“ geeignet, dieser Entwicklung entgegenzuwirken?

SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Kostenentwicklung der deutschen Krankenhäuser in diesem Jahr stellt sich auf Basis der Kostendaten des Statistischen Bundesamtes so dar, dass wir davon ausgehen, dass die in dieser Statistik allgemeinen Sachkosten um etwa 2,6 Milliarden Euro steigen werden. 2,6 Milliarden Euro, die ungedeckt sind durch die normale Landesbasisfallwertsteigerung. Zusätzlich kommen Energiekosten, die explizit zusätzlich ausgewiesen sind, von etwa 1,6 Milliarden Euro Steigerung dazu, sodass wir auf einen Gesamtbetrag von 4,1 Milliarden Euro kommen, die an ungedeckten Kostensteigerungen den Krankenhäusern sozusagen ins Haus stehen. Ungedeckt deshalb, weil das Finanzierungssystem der deutschen Krankenhäuser durch die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben, die den Verhandlungen der GKV und der DKG zugrunde liegen gedeckelt sind. In diesem Jahr steigen die Preise, die wir abrechnen können gegenüber den Krankenkassen nur um 2,3 Prozent. Deshalb gibt es diese ungedeckten Kostensteigerungen bei den entsprechenden Inflationsentwicklungen, die wir alle kennen. Bisher steht uns, der GKV und der DKG, kein Instrument zur Verfügung, um irgendwie über Verhandlungen dies ausgleichen zu können. Deswegen haben sich die Krankenhäuser auch an die Politik gewandt mit der Bitte hier Unterstützung zu leisten, weil die berechtigte Sorge besteht, dass eine ganze Reihe von Krankenhäusern durch diese Entwicklung insolvenzgefährdet ist und insofern dann auch Patientenversorgung in bestimmten Regionen in Gefahr ist. Der Antrag der CDU/CSU, der jetzt vorgelegt wird oder vorgelegt wurde, würde bedeuten, dass es einen Rechnungsaufschlag gibt sowohl für die Krankenhäuser im Bereich der Somatik, also die klassischen DRG-Kran-



kenhäuser, wie auch für die psychiatrischen Kliniken, die nach der Bundespflegeverordnung abrechnen. Allerdings sieht der Rechnungsaufschlag Aufschläge erst ab Mitte dieses Jahres vor und dann in einem Umfang von gut vier beziehungsweise gut zwei Prozent. Wir haben vorgeschlagen, diesen Ausgleich ab Januar vorzunehmen. Der Vorschlag der CDU/CSU-Fraktion würde sich auf ein Gesamtvolumen von etwa 1,3/1,4 Milliarden aufsummieren bis zum Jahresende. Das wäre angesichts der von mir beschriebenen Kostenentwicklungen deutlich zu wenig, um letztlich diese Kostenbelastung auszugleichen. Von der Systematik her würden wir das sehr begrüßen. Wir würden allerdings dringend empfehlen, das ab 1. Januar umzusetzen und nicht erst ab 1. Juli.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen (ESV) Michael Strobach. Wie konkret wirkt sich die bestehende Inflation einschließlich der steigenden Energiekosten auf die Reha-Einrichtungen in Deutschland aus? Welche globalen Mehrkosten müssen die Reha-Einrichtungen in Deutschland aufgrund der Inflation im laufenden Jahr und absehbar im kommenden Jahr tragen? Was fordern Sie hinsichtlich der inflationsbedingten Mehrkosten vonseiten des Bundes?

ESV **Michael Strobach** (Verband der privaten Krankenkassen-Anstalten in Bayern e. V): Die Situation der Rehabilitation ist tatsächlich ...

[akustische Störung]

Die Erlöse sind einerseits gesunken durch Wegfall eines Minderbelegungsausgleichs Mitte des Jahres. Auch Mitte des Jahres ist ein sogenannter Corona-Zuschlag weggefallen ersatzlos. Gleichzeitig ist die Belegung seit 2019 ...

[akustische Störung]

Stellvertretende Vorsitzende: Wir nehmen die nächste Frage dran und dann rufe ich Sie gleich nochmal auf.

Abg. **Diana Stöcker** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Sie schlagen in Ihrer schriftlichen Stellungnahme unter anderem einnahmeseitige Maßnahmen wie die Dynamisierung des Bundeszuschusses und eine angemessene Pauschale für Empfänger von ALG II vor. Welche finanziellen Auswirkungen wären damit sowie mit einer Absenkung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel verbunden?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Sie haben darauf hingewiesen, dass wir das in unserer Stellungnahme angesprochen haben. Das sind drei Maßnahmen, die aus unserer Sicht dringend notwendig und auch hilfreich sind. Die Bundesbeteiligung zu dynamisieren ist eine längst überfällige Maßnahme, denn der schon seit vielen Jahren nominell gesetzlich vorgegebene Zahlbetrag verliert natürlich Jahr für Jahr real an Wert. Deswegen ist es notwendig und aus unserer Sicht auch sinnvoll, die Summe an die Entwicklung der Leistungsausgaben zu koppeln. Ein Anstieg jetzt um fünf Prozent etwa würde dann eben eine Erhöhung von etwa 72,5 Millionen Euro bedeuten. Wichtig ist aus unserer Sicht, dass es hier eine regelgebundene Dynamisierung gibt, das heißt also die Koppelung möglicherweise an die Leistungsausgabenentwicklung, sodass dieses Jahr für Jahr auch kompensiert wird. Der zweite Punkt, die Erhöhung der Beitragspauschalen für gesetzlich versicherte ALG II-Bezieher. Ein Thema, das wir auch schon seit vielen Jahren diskutieren. Es gibt eine große Einigkeit bei fast allen im Bundestag vertretenen Parteien, dass es hier eine Erhöhung braucht, das stand schon im letzten Koalitionsvertrag der Großen Koalition und das steht jetzt im Koalitionsvertrag drin, weil nämlich hier, das hat eine Untersuchung von IGES aus dem Jahr 2017 ergeben, der Betrag, den die Kassen für die Krankenversorgung dieser ALG II-Beziehenden bekommen, um zehn Milliarden Euro zu niedrig liegt. Das heißt, würde man hier auf die entsprechenden Ausgaben hin gesehen die Beitragspauschalen kalkulieren, würde das für die GKV zehn Milliarden Euro pro Jahr bringen und das nachhaltig. Das ist keine Einmalleistung, sondern nachhaltig dann eine Entlastung bringt. Der dritte Punkt den wir einfordern, ist die Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes von 19 Prozent auf 7 Prozent für Arznei- und Hilfsmittel. Auch hier würde dies eine substanzielle und dauerhafte Entlastung bieten. Das ist auch in anderen EU-Ländern der Fall. Das heißt



also, es wäre auch europarechtlich überhaupt kein Problem. Es ist aus unserer Sicht auch nicht nachvollziehbar, dass für viele andere Produkte nur der ermäßigte Mehrwertsteuersatz gilt, aber hier im Grunde genommen die Beitragszahlen in der GKV den Bundeshaushalt subventionieren, indem sie hier den hohen Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent zahlen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Deutschen Hebammenverband. Können Sie erläutern, welche Auswirkungen die im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung des Personenkreises, dessen Personalkosten im Pflegebudget ausgegliedert werden sollen, auf die Versorgung von Mutter und Kind haben? Was würden Sie dem Gesetzgeber auch angesichts der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels Gesundheit rund um die Geburt raten?

Sve **Andrea Ramsell** (Deutscher Hebammenverband): Der aktuelle Gesetzesentwurf wird aus unserer Sicht eine weitere enorme Verschlechterung für die Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen in Deutschland haben, wenn die Hebammen nicht im Pflegebudget aufgenommen beziehungsweise enthalten sind. Ich nenne drei Hauptgründe dafür. Wir verschlechtern die Versorgungsqualität von Mutter und Kind. Der Entwurf wird in der klinischen Praxis bedeuten, dass die Hebammen nicht mehr auf den Wochenstationen eingesetzt werden, weil die Refinanzierung durch das Pflegebudget fehlt. Wir verschärfen den ohnehin dramatischen Fachkräftemangel in diesem Bereich. Die Hebammen müssen nach der Finanzierungslogik dieses Gesetzes auf den Schwangeren- und Wochenstationen durch Pflegekräfte ersetzt werden. Diese Pflegekräfte gibt es nicht und die werden woanders viel dringender gebraucht als bei der Betreuung von den gesunden Frauen und ihren Neugeborenen. Auch ein ganz wichtiger Punkt: Das Gesetz gefährdet die Hebammenausbildung. Die Praxisanleitung in den Ausbildungseinsätzen der Hebammenstudierenden auf den Wochenstationen darf nicht delegiert werden, die darf nur durch Hebammen erfolgen, von keiner anderen Berufsgruppe. Wenn keine Hebammen mehr auf der Wochenstation eingesetzt sind, dann wird das Ausbildungsziel der Hebammenstudierenden nicht erreicht werden

können. Wir wissen, dass Kliniken dann ihre Ausbildung einstellen werden. Das ist ein großes Dilemma. Die Hebammen sind als einzige Berufsgruppe speziell für die Familienphase Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ausgebildet und haben eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung. Ihnen ist durch diesen Gesetzentwurf faktisch der Einsatz in der klinischen Schwangerenbetreuung und Wochenbettbetreuung nicht mehr möglich und entzogen. Das kann nicht vom Gesetzgeber gewünscht sein. Die Lösung dieses Dilemmas ist ganz einfach, das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz muss im Artikel 3 Punkt 2, wie wir es in unserer Ihnen vorliegenden Stellungnahme vorschlagen, um die Berufsgruppe der Hebammen ergänzt werden und außerdem müssen in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) wie vorher üblich die Hebammen analog zu den Pflegekräften angerechnet werden. Versorgungskonzepte wie der Hebammenkreißsaal und Rotationsmodelle, die ausdrücklich im nationalen Gesundheitsziel rund um die Geburt sich wiederfinden und die von der Koalition umgesetzt werden wollen, werden unmöglich gemacht und werden eingestellt werden, weil die Hebammen auf den Wochenstationen fehlen beziehungsweise nur noch zum Teil auf den Personalschlüssel angerechnet werden. Es wird Hebammen auf Wochenstationen derzeit schon, das kann ich Ihnen aus eigener Erfahrung berichten, nahegelegt, ihre Stelle zu wechseln. Freie Stellen werden nicht mehr mit Hebammen besetzt, obwohl sie sich darauf bewerben. Das ist in Zeiten eines eklatanten Fachkräftemangels wirklich nicht nachzuvollziehen und nicht zu vermitteln. Hebammen sind kein „Nice to have“, sondern integraler Bestandteil einer wirklich hochwertigen Gesundheitsversorgung. Es ist ein Irrtum zu glauben, dass durch diese Maßnahme die Hebammen von der Wochenstation in das Arbeitsverhältnis des Kreißsaales zurückkehren. Das werden Sie nicht tun. Sie gehen in die Freiberuflichkeit oder sie verlassen ihren Beruf. Die durchschnittliche Verweildauer im Moment im Beruf sind vier bis sieben Jahre. Im Kreißsaal ist das sogar deutlich kürzer. Wir haben eine hoch motivierte Berufsgruppe, aber wir machen ihnen die Arbeit in ihren Arbeitsfeldern faktisch unmöglich. Wir müssen die ausgebildeten Hebammen versuchen, im Beruf zu halten. Der Gesetzentwurf ist dafür nicht geeignet. Die Hebammen müssen dringend wieder ins Pflegebudget auf-



genommen werden. Ich fordere Sie auf, die Hebammen nicht aus dem Pflegebudget zu streichen und die Hebammen in der PpUGV analog der Pflege voll anzurechnen und die Ziele aus dem Koalitionsvertrag umzusetzen, die Eins-zu-eins-Betreuung unter der Geburt und das nationale Gesundheitsziel rund um die Geburt.

ESV Michael Strobach (Verband der privaten Krankenkassen-Anstalten in Bayern e. V.): Die Situation der Reha ist in der Tat existenzbedrohend. Zum einen sind die Erlöse gesunken. Hier ist ein Minderbelegungsungleich Mitte des Jahres 2022 und auch der Corona-Zuschlag Mitte des Jahres 2022 ausgefallen ersatzlos. Die Auslastung in den Rehabilitationskliniken gegenüber 2019 ist auf 15 bis 18 Prozent je nach Fachrichtung geringer gesunken durch Corona natürlich. Gleichzeitig sind die Kosten stark gestiegen: 16 Prozent bei den Sachmitteln, 19 Prozent bei den Lebensmitteln, 30 Prozent für Arznei- und Hilfsmitteln, 49 Prozent bei Energiekosten, 50 Prozent beim Strom, 60 Prozent beim Gas - trotz ergriffener Einsparmaßnahmen wie zum Beispiel Temperaturabsenkung in Bewegungsbädern und so weiter. Erschwerend kommt dazu, dass in den kommenden Monaten etliche Gas- und Stromlieferverträge auslaufen werden. Das sorgt für zukünftige Steigerungen bei den Stromkosten um bis zu 316 Prozent, bei Gas um 400 Prozent. Zur Verdeutlichung nochmal die Zahlen zusammengefasst: Die Energiekosten bisher in der Reha lagen bei 3,50 Euro je Belegungstag, aktuell sind sie bei 5 Euro circa je Belegungstag und nach den Kostensteigerungen, wenn Stromlieferverträge, Gaslieferverträge anzupassen sind, werden sie zwischen 15 und 20 Euro je Tag liegen. Die Preise am Reha-Markt sind festgeschrieben, das heißt es besteht in der Branche nicht die Möglichkeit, Preise einseitig zu erhöhen. Zu beachten ist noch, dass im November die Weihnachtzahlungen anstehen. Die Lösung könnte aus unserer Sicht wie folgt aussehen: Festlegung eines pauschalen Inflations- und Energiekostenzuschlags in Höhe von 10 Prozent bezogen auf den jeweiligen, für die einzelne Reha-Einrichtung geltenden Tagespflegesatz.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Caritas und an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). Schildern Sie

bitte die Auswirkung der derzeitigen inflationsbedingten Mehrkosten, insbesondere der Energiekosten auf die Pflege und sozialen Dienste insgesamt und welche Gegenmaßnahmen aus Ihrer Sicht erforderlich sind.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann ähnlich wie Herr Strobach ausführen. Die inflationsbedingten Mehrkosten betreffen alle sozialen Einrichtungen, die Pflegeeinrichtungen, die Reha-Einrichtungen, die Krankenhäuser – dazu hat Dr. Gaß schon ausgeführt – in gleicher Weise exorbitant. Wir haben erhebliche Sachkostensteigerungen, insbesondere bei den Energieaufwendungen, aber auch bei Lebensmitteln und nicht zuletzt auch bei den betriebsbedingten Aufwendungen, beispielsweise bei Fremddienstleistungen wie Wäscherei. Die Kostensteigerungen variieren zwar von Einrichtung zu Einrichtung, aber die vorher von Herrn Strobach genannten Zahlen kann ich bestätigen. Unser Problem ist, dass die Kostenträger in den diversen Bereichen – es betrifft zum Beispiel auch die Kinder- und Jugendhilfe, die möchte ich auch nicht unerwähnt lassen – bisher Verhandlungen abgelehnt haben mit Verweis darauf, die Änderungen seien weder wesentlich, noch unvorhergesehen. Daher helfen uns auch die Änderungen des heute im Kabinett erschienenen Heizkostenzuschussgesetzes im SGB XI (Elftes Buch Sozialgesetzbuch) beispielsweise nicht, die sich nur auf prospektive Verhandlungen beziehen würden und dort die Energiekosten einbezögen. Wir brauchen eine Regelung und haben dazu auch einen Vorschlag gemacht, der auch retrospektiv wirkt, die Kosten vollständig anerkennt und die Refinanzierung gewährleistet. Eine solche Regelung könnte man im SGB XI, IX, XII und XIII vorsehen. Für die Reha-Einrichtungen hat Herr Strobach schon ausgeführt, dort würden wir uns auch einen Vergütungsaufschlag im § 111 SGB IV vorstellen und für die Krankenhäuser würden wir uns den Vorschlägen der DKG anschließen.

SV Pascal Tschörtner (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Frau Dr. Fix hat es schon ausgeführt, die Pflegeeinrichtungen sind im besonderen Maße auch von den Energiemehrkosten betroffen. Es gibt teilweise Kostenerhöhungen um das Zehnfache des bisherigen und ohne



eine unmittelbare Lösung droht hier flächendeckend die Gefahr von Insolvenzen für Pflegeheime. Die von der Bundesregierung nun verfolgte Idee der Ausweisung des Anspruchs von Wohngeld gehört zu den leider denkbar schlechtesten Lösungen dieses Problems, da es zu enormem bürokratischen Aufwand führt, viele Bewohner davon nicht erfasst wären und die Pflegeeinrichtungen selbst davon überhaupt nicht profitieren könnten. Die Einrichtungen müssten die bestehenden Mehrbelastungen jeweils erst aufwändig mit den Kostenträgern verhandeln. Wir reden hier von deutschlandweit tausenden Verfahren, die nötig wären und diese Verfahren werden in den Bundesländern teils schon seit Monaten systematisch von den Kostenträgern blockiert, aus den verschiedensten Gründen. Frau Dr. Fix hat hier gerade schon dazu ausgeführt. Wir brauchen deswegen stattdessen ein unkompliziertes, schnelles Verfahren mit dem die Pflegeeinrichtungen die rasant steigenden Energiepreise direkt abrechnen können. Als bpa haben wir dafür frühzeitig eine Direkterstattung der Energiemehrkosten vorgeschlagen, die sich am Verfahren des Pflegerettungsschirms orientieren könnte. Die Pflegeeinrichtungen könnten da ihre Energiemehrkosten und die höheren Abschläge direkt mit den Kostenträgern abrechnen und erstattet bekommen und dabei würde es nur um die aktuellen verbindlichen Mehrkosten gehen. Dieses Verfahren würde sehr viel Bürokratie sparen und die Pflegebedürftigen vor Mehrkosten schützen.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Wasem. Ich habe eine Frage zur Beitragsbemessungsgrenze, also zum Themenkomplex Finanzierung. Können Sie uns kurz darstellen, welche finanziellen Wirkungen für die GKV eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der heutigen Versicherungspflichtgrenze hätte? Müsste hierzu gleichzeitig die Versicherungspflichtgrenze angehoben werden oder wäre eine solche Anhebung auch bis zur Versicherungspflichtgrenze denkbar?

ESV Prof. Dr. Jürgen Wasem: Also zunächst einmal denke ich, eine Stärkung der GKV auf der Einnahmenseite ist etwas sehr notwendiges, denn die Schere, die wir haben, rührt ja nicht nur von der dynamischen Ausgabenentwicklung, sondern sie

rührt auch von der schwachen Einnahmenseite der GKV. Insofern ist eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze grundsätzlich ein geeignetes Instrument. Sie führt dann auch zu nennenswerten Mehreinnahmen der GKV unter der Ceteris paribus-Annahme, dass keiner in die Private Krankenversicherung (PKV) abwandern würde, könnte man das dann auch quantifizieren. Man muss allerdings fairerweise natürlich dazusagen, dass die Annahme, dass niemand in die PKV abwandern würde, nicht ganz realistisch sein würde. Diejenigen, die freiwillig in der GKV versichert sind, würden ja bei einem Anheben der Beitragsbemessungsgrenze mehr belastet werden und könnten sich dann entscheiden, ihrer Pflicht zur Versicherung in der PKV nachzukommen. Das kann man schlecht quantifizieren, wie viele das dann von dem Einnahmeneffekt mitmachen würde. Man kann davon ausgehen, dass es tendenziell eher jüngere und gesündere und Leute mit geringerer Kinderzahl sein würden, die das machen würden. Je nach Szenario, was man rechnet, bleiben allerdings nennenswerte Beträge über, die auf jeden Fall ein bis zwei Milliarden Euro erreichen und übersteigen dürften. Ich will abschließend vielleicht ganz kurz darauf hinweisen, dass natürlich ein Sprung auf die Beitragsbemessungsgrenze für die Einzelnen dann eine Mehrbelastung ist, die durchaus nennenswert ist. Das wäre dann die Frage in der Gesamtbelastung, verwendet man diese Mehreinnahmen eher dazu, dann die Zusatzbeiträge weniger steigen zu lassen oder verwendet man das Geld dann eher dazu, auf der Kostendeckungsseite weniger zu machen, um die finalen Belastungen dann ausrechnen zu können.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Jetzt hätte ich eine Frage an den Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB). Wie stehen sie zu Forderungen nach Anhebungen einer Beitragsbemessungsgrenze?

SV Johannes Roth (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (DGB)): Wir würden eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze unterstützen. Uns schwebt dort das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung West vor. Das wären dann 7 050 Euro monatlich und das hätte eine Stärkung der Beitragseinnahmen zur Folge



und wäre aus unserer Sicht eine sozial gerechte Alternative zur Anhebung der Beitragssätze. Zusätzlich ist auch dann eine schrittweise Anhebung der Versicherungspflichtgrenze notwendig, um das Abwandern von Besserverdienenden aus dem GKV-System ins PKV-System zu begrenzen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an den BKK Dachverband. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Rücklagen der Kassen zur Behebung des Defizits herangezogen werden und zwar über das hinaus, was gesetzlich jetzt schon vorgesehen ist, bis zur Untergrenze von nur 0,2 Monatsausgaben. Wie bewerten Sie diese Maßnahme vor dem Hintergrund der instabilen gesamtwirtschaftlichen Lage? Welche Auswirkungen erwarten Sie durch diese Maßnahme?

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V.): Wir halten diese Maßnahme für extrem gefährlich, was die finanzielle Stabilität, vor allem kleinerer und mittlerer Kassen angeht. Wir haben schon bei der letzten Runde energisch protestiert, als damals solche Maßnahmen von Herrn Spahn veranlasst wurden und wir halten es auch jetzt für gefährlich, so etwas zu machen, denn kleine und mittlere Kassen dürfen sich nach geltender Rechtslage nicht mehr gegenseitig unterstützen. Das hat Herr Spahn wider Verstand damals aus dem SGB V streichen lassen und das sieht der Gesetzesentwurf auch nicht vor. Kleine und mittlere Kassen können schon durch einzelne Fälle, beispielsweise extrem teure Behandlungen und extrem teure Arzneimittel, aus dem Gleichgewicht kommen. Das Schonvermögen, das es hier geben soll, das ist aus unserer Sicht viel zu gering angesetzt. Es gibt auch noch erhebliche Probleme bei der Wahl des Bezugsjahres, denn Entwicklungen aus dem Jahr 2022, wie beispielsweise der von Herrn Spahn veranlasste Vermögensabbau, sind nicht berücksichtigt. Insgesamt verweise ich auf unsere Stellungnahme. Wir zeigen sieben bis acht Probleme auf, die durch eine solche Maßnahme, wenn sie ohne Änderung durchs Parlament käme, zu Gefährdungen im Bereich der GKV führen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage geht an den Spitzenverband

der Heilmittelverbände (SHV). Wie könnten Modellprojekte zum Direktzugang für Heilmittelerbringer schnell umgesetzt werden? Welche Potenziale für die Versorgung hätte dieser Direktzugang?

SVe **Ute Repschläger** (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)): Ein Modellprojekt zum Direktzugang in Deutschland könnte als wissenschaftliche Studie angelegt werden. Einzelne Krankenkassen und Verbände der Heilmittelerbringer könnten dabei die Behandlungsqualität und die Effizienz des Direktzugangs prüfen, natürlich unter Begleitung eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts, also durch eine Hochschule. Dadurch könnte ein Studiennetz mit hoher Evidenz, also mit hoher Qualität entwickelt werden, das noch einmal alle offenen Fragen klären könnte, die zum Direktzugang bestehen. Die Studienlage im Ausland zum Potenzial des Direktzugangs ist sehr, sehr gut. Die amerikanischen Studien belegen beispielsweise, dass durch den Direktzugang weniger bildgebende Verfahren eingesetzt und weniger Medikamente benötigt werden. Studien aus England wiederum zeigen, weil der Weg über den Arzt entfällt, kann dem Patienten schneller geholfen werden und er kommt auch schneller wieder in den Arbeitsprozess. Also gibt es gute Potenziale des Direktzugangs. Oft sind zudem weniger Behandlungseinheiten notwendig und das sogar bei oft besseren Behandlungsergebnissen. In Deutschland haben der IFK [Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten] und die BIG direkt gesund [BundesInnungskasse Gesundheit] bereits ein Modellvorhaben zu mehr Handlungsautonomie durchgeführt. Damals konnten wir aber noch nicht den Direktzugang prüfen. Es war rechtlich nicht möglich. Aber schon in dieser Studie haben wir mehr Autonomie bekommen, konnten die Art des Heilmittels, die Dauer und die Frequenz bestimmen. Hier sprachen die Ergebnisse eine klare Sprache. Im Schnitt waren die Behandlungen besser oder schneller als im herkömmlichen System. Der Patient konnte schneller wieder in den Arbeitsprozess und insofern waren das schon gute Ergebnisse, mit denen auch die Patienten sehr zufrieden waren. Unsere Annahme ist jetzt, dass der Direktzugang über die Ergebnisse dieses Modellvorhabens hinaus positive Effekte zeigt, gerade auch in der ländlichen Versorgung helfen kann und auch ein Baustein für eine gute Kosteneffizienz im GKV-System sein kann.



Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die Höhe der Pauschale für gesetzlich versicherte ALG II-Empfänger:innen im Vergleich zu den staatlichen Mitteln, die wir für Privatversicherte ALG II-Empfänger:innen aufbringen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Das Thema der zu niedrigen Pauschalen für die in der GKV versicherten ALG II-Empfänger ist schon mehrfach angesprochen worden. Dies ist natürlich umso krasser, wenn man das vergleicht mit dem, was privat versicherte ALG II-Bezieher vom Jobcenter bekommen. Wenn man die heutige Pauschale nimmt, dann sind das 108,48 Euro, die die GKV bekommt, bei einem privat versicherten ALG II-Bezieher zahlt das Jobcenter bis zu 384 Euro pro Monat. Das heißt eine mindestens dreimal so hohe Summe, die für den Krankenversicherungsschutz der ALG II-Empfänger gezahlt wird, abhängig davon, ob sie privat oder gesetzlich versichert sind. Hier nochmal deutlich die Ansage: Wir brauchen eine höhere Beteiligung des Bundes. Die Gesamtsumme liegt bei zehn Milliarden Euro. Hier zeigt sich im Verhältnis zur PKV, dass deutlich höhere Summen bezahlt werden und auch gezahlt werden müssten.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Ich richte meine erste Frage an den ESV Prof. Dr. Neubauer richten. In Ihrer Stellungnahme bewerten Sie das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz als Notbehelf und fordern längerfristige Reformen. Können Sie diese Gedanken ausführen?

ESV **Prof. Dr. Günter Neubauer**: Ich bin nun seit etwa 30 Jahren Beobachter von Reformen, zum Teil auch direkt Mitwirkender und muss feststellen, dass alle Reformen, die ich bisher erlebt habe, Notoperationen waren, mit denen auf ein Finanzierungsdefizit der GKV reagiert wurde. Ich meine, man muss nach 15 solcher vergeblichen Reformansätze längerfristig darüber nachdenken, wie das System in ein Gleichgewicht gebracht werden kann, dass nicht in jeder Legislaturperiode neu justiert werden muss. Dazu gehört, dass die Einnahmeseite so dynamisiert werden muss, wie die Aus-

gabenseite dynamisiert ist. Es muss auch die Ausgabenseite in der Dynamik entsprechend abgebremst werden. Wir müssen überlegen, welchen Anteil wir über Steuern zu finanzieren haben, was grundsätzlich Aufgabe der Steuerfinanzierung ist und was über Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu finanzieren ist. Es muss aber auch geklärt werden, was können wir an Verantwortung an Patienten und Versicherte abgeben, um sie stärker zur Mitwirkung in diesem System zu bringen. Wir haben in den letzten 20/30 Jahren das System immer kopflastiger gemacht und gehen immer davon aus, das wird schon für die Betroffenen, sprich Patienten und Versicherte, aber auch Ärzte stimmen. Hier muss eine neue Überlegung ansetzen und es ist auch angedeutet, dass eine Strukturreform der GKV angedacht wird. Die Strukturreform darf nicht nur die Einnahmeseite, sondern muss auch die Ausgabenseite sowie das gesamte System zu einem Gleichgewicht ansteuern, dass nicht jährlich oder jeweils in der nächsten Wahlperiode eine neue Reform bedarf. Aus meiner Sicht ist dieses Gesetz hier, dass an so vielen Stellen ansetzt, nicht nur eine Notoperation, sondern auch wiederum eine Steigerung der Bürokratie in diesem System. Stellen Sie sich mal vor, was die Ausbildung von Pflegekräften nach Hilfspflege und Pflege im Krankenhaus an Bürokratie und Nachweisen auslöst. Ich glaube, diese Reform versucht zwar Mittel aufzubringen, sie schluckt aber auch Mittel für die Bürokratie und die Nachweispflichten. Es kann nicht sein, dass eine Inflation von sieben oder acht Prozent, einschließlich der Energiepreisexplosion, in dem System einfach weggedrückt wird. Sie werden nicht umhin kommen, den Krankenhäusern in dieser Energiekrise zu helfen. Auch Praxen muss soweit geholfen werden, dass nicht die Versorgung eingeschränkt wird. Hier wurde sehr kurzfristig nach dem Motto „Das wird schon nicht so schlimm kommen“ gedacht.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP): Meine Frage geht an den vfa. Lassen Sie uns an Ihren Überlegungen und Berechnungen teilhaben, was die Herstellerabschlüsse an Belastungen für Ihren Industriebereich bedeuten würden.

SV **Han Steutel** (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)): Berechnungen zufolge würde die Erhöhung der Zwangsrabatte in 2023



1,3 Milliarden Euro an Ersparungen liefern. Also viel mehr als die eine Milliarde Euro, die Minister Prof. Dr. Lauterbach in Aussicht gestellt hatte. Wenn das Gesetz schon in diesem Jahr in Kraft treten würde, dann ist es natürlich noch viel mehr, da noch zwei Monate dazu kommen. Unsere Forderung ist, dass das Gesetz erst am 1. Januar in Kraft tritt beziehungsweise die Erhöhung des Zwangsrabattes im Jahr 2022 nicht weiter durchgeführt wird. Das ist für uns ein massiver Kostenpunkt. Wir verstehen aber auch, dass wir als Leistungsbringer in diesen schwierigen Umständen für die GKV gefragt sind. Nach diesem Gesetz erbringen die Leistungserbringer mehr als 80 Prozent der Einsparungen. Bei einer Inflation von sechs bis zehn Prozent ist das unglaublich schwer zu schaffen.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG SELBSTHILFE). Wie bewerten Sie die geplanten Erstattungsregelungen, insbesondere bezüglich Orphan Drugs und Arzneimittel mit geringem Zusatznutzen?

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG SELBSTHILFE)): Wir finden es im Grundsatz gut, dass die Evidenzlage bei vielen Präparaten verbessert werden soll. Das ist im Grunde die Frage Umsatzschwelle. Auf der anderen Seite haben wir bei Orphan Drugs bestimmte Schwierigkeiten in der Bewertung, die aufgrund der Seltenheit zustande kommen. Deswegen würden wir uns wünschen, dass wir erstmal andere Regelungen auch stärker flexibilisieren, bevor die entsprechenden Regelungen bezüglich der Orphan Drugs so kommen, wie sie vorgesehen sind.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine Frage geht an den Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) zur Importförderklausel. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, die Förderung von Re- und Parallelimporten stehe den Bestrebungen in Deutschland und Europa nach mehr Sicherheit und Solidarität in der Versorgung entschieden entgegen. Der jüngste Bericht des GKV-Spitzenverbandes beziehungsweise der Bericht des BMG an den Deutschen Bundestag könne nicht vom Gegenteil überzeugen. Können Sie bitte kurz darlegen, warum das so ist?

SV **Dr. Hubertus Cranz** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH)): Aus unserer Sicht ist in der Tat die Importförderklausel ein überholtes Instrument, weil die Praxis gezeigt hat, dass der administrative Aufwand sowohl auf Apothekenseite als auch auf Kassenseite generell im Abrechnungssystem so intransparent und kostenaufwendig ist, dass die Ersparnisse letztendlich nicht wirklich tragen. Die Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems ist nicht belegt. Von unserer Seite aus ist in heutiger Zeit in Anbetracht erschwerter Lieferketten und generell des Wettbewerbs, den wir in dem Bereich eigentlich haben sollten, durch Erstattungsbeträge und Festbeträge keine Rolle mehr für eine Importförderklausel vorgesehen. Deswegen empfehlen wir die Abschaffung dieser Importförderklausel.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa). Die AfD hatte bereits in der letzten Legislaturperiode kostendeckende Beiträge für Bezieher von ALG II aus Steuermitteln gefordert. Sie fordern das nun auch und weisen in Ihrer Stellungnahme darauf hin, dass auch die Länder und Kommunen hier in der Verantwortung seien. Haben Sie irgendwelche Vorstellungen zur praktischen Umsetzung? Sollte dies zum Beispiel durch Zahlungen der Länder und Kommunen in den Gesundheitsfonds realisiert werden?

SV **Dr. Dirk Heinrich** (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)): Das ist letztlich eine Nebenbemerkung gewesen. Wir wollten darauf hinweisen, dass die GKV vor allem unter einer Einnahmeschwäche leidet. Die Koalition hat selbst in ihrem Koalitionsvertrag festgelegt, dass die Zahlungen für die ALG II-Empfänger – und das sind ja letzten Endes etwa 12 Milliarden Euro, die an Deckungslücke zwischen dem, was diese Gruppe von Patientinnen und Patienten aus dem System heraus bekommt und was von staatlicher Seite eingezahlt wird – schon einen Großteil des jetzt beklagten Defizites darstellt. Wir sind der Meinung, dass nicht diejenigen, die im System arbeiten und die Leistung erbringen und gerade in der Corona-Zeit den Schutzschild für die Krankenhäuser dargestellt haben, sich auf die Impfungen konzentriert haben, Millionen von Menschen geimpft haben und 19



von 20 Corona-Patienten behandelt haben, jetzt dafür da sein sollen, die Defizite der GKV auszugleichen. Insofern haben wir hier Vorschläge gemacht und bitten darum, dass darüber nachgedacht wird, wie man diese Beiträge aufbringen kann. Es ist jedenfalls nicht die Aufgabe derjenigen, die im System arbeiten, diese aufzubringen. Darauf zielt unsere Stellungnahme ab.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband und die DKG. Auch der GKV-Spitzenverband weist in seiner Stellungnahme noch einmal auf die nicht kostendeckenden Beiträge des Bundes für die ALG-II-Empfänger hin. Sehen Sie da die Länder und Kommunen in der Pflicht? Wäre das auch ein geeigneter Ansatz vor dem Hintergrund, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser nicht vollumfänglich nachkommen?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Grundsätzlich sind unsere Forderungen: erstens die nicht kostendeckenden Pauschalen für die ALG-II-Empfänger zu erhöhen und auf eine Kostendeckung zu bringen. Das ist ein Volumen von etwa zehn Milliarden Euro. Das ist ganz eindeutig Aufgabe des Bundes, weil es eine Bundesleistung ist, die ALG-II-Empfänger zu finanzieren und damit auch die Krankenversicherungskosten für diese ALG-II-Empfänger, die von der Krankenversicherung auftragsweise versorgt werden, dann auch zu finanzieren. Das Zweite ist auch bereits genannt worden: eine Dynamisierung des Bundeszuschusses für die versicherungsfremden Leistungen. Auch hier geht es um eine ordnungspolitisch korrekte Zuordnung von Aufgaben und Ausgaben. Das sind auch Bereiche, wo ganz klar der Bund Aufgaben hat, die auch von ihm finanziert werden müssen, die durch die Kostenentwicklung in den letzten Jahren deutlich dann auch an Wert verloren hat. Das dritte Genannte ist die reduzierte Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel. Auch hier sehen wir eine Notwendigkeit, diesen ermäßigten Steuersatz zu nehmen, weil auch für sonstige notwendige Güter des Lebensbedarfs eine Absenkung erfolgt. Wenn schon etwas lebensnotwendig ist, dann sind es hoffentlich Arzneimittel, weil nur dann sollten sie auch genutzt werden. Darüber hin-

aus haben Sie einen weiteren wichtigen Punkt angesprochen. Die Bundesländer entziehen sich seit vielen Jahren ihrer Verpflichtungen in der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen. Das ist auch ein großer Bestandteil der Problematik der Finanzierung der Krankenhäuser, weil die Krankenhäuser letzten Endes gezwungen sind, über die Finanzierung, die die Krankenkassen für die Betriebskosten leisten, dann auch entsprechende Investitionen zu realisieren. Und seien es nur Instandhaltungen. Hier machen sich die Länder seit vielen Jahren einen schlanken Fuß. Hier gibt es erhebliche Defizite. Das monieren wir auch schon seit vielen Jahren. Man könnte aber auch darüber hinaus noch eine Reihe von weiteren Themen ansprechen, wo sich die Frage stellt, ob es tatsächlich eine Aufgabe der Beitragszahler ist oder nicht eher des Staates. Dazu gehört zum Beispiel die Telematik-Infrastruktur. Dazu gehören jetzt die gerade durch ein Urteil des Bundessozialgerichts zurückgeführten Leistungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dazu gehört die Unabhängige Patientenberatung usw. Es gibt eine ganze Reihe von kleineren und größeren Aufgaben, die der GKV übertragen wurden, die die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler leisten müssen, die eigentlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind und von daher aus Steuermitteln zu finanzieren wären.

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich kann mich zunächst einmal den Ausführungen von Frau Dr. Pfeiffer anschließen, ausdrücklich auch hinsichtlich ihrer Bewertung der fehlenden Investitionsmittel durch die Länder. Ja, die Krankenhäuser sind gezwungen, aus den Betriebsmitteln, die sie von den Krankenkassen für die Patientenbehandlung bekommen, Geld übrig zu behalten am Ende des Jahres, um Investitionen aus eigenen Mitteln zu finanzieren. Es gibt auch einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen den fehlenden Investitionsmitteln und den Betriebsausgaben der Krankenhäuser, die beispielsweise beim Thema Energie ganz augenfällig sind. Die deutschen Krankenhäuser haben sehr veraltete Technologie im Einsatz. Sie haben eine wirklich insuffiziente Infrastruktur, was Gebäudehüllen und Ähnliches angeht. Insofern haben wir höhere Energieausgaben, als wir eigentlich haben müssten. Auch das ist eine Konsequenz der Schwäche der Investitionen und belastet insofern am Ende des



Tages auch die GKV, was im dualen Finanzierungssystem so eigentlich nicht vorgesehen ist.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Wasem. DIE LINKE. schlägt vor, die Einnahmenseite der GKV zu stärken, indem die Beitragsbemessungsgrenze ganz konkret auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung West erhöht wird und die Pflichtversicherungsgrenze ebenso angepasst wird. Da gibt es mittlerweile auch Unterstützung aus der SPD, von den Grünen oder auch von einem stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der Unionsfraktion. Was würde Ihrer Auffassung nach diese Veränderung zur Lösung des vorliegenden Defizits betragen können?

ESV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Wenn man unter der Annahme rechnet, dass die, die heute in der GKV sind, dort auch alle bleiben, also in der Tat kein Wechsel in die PKV möglich wäre, dann würde die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung West Mehreinnahmen der GKV von rund 12 Milliarden Euro jährlich bringen und zwar basiswirksam. Das heißt, das ist schon ein wirklich dicker Brocken. Zwei Anmerkungen möchte ich dazu machen. Die eine ist, man muss natürlich sehen, dass ein solch großer Schritt auch für die entsprechenden Versicherten eine erhebliche Beitragsbelastung, Mehrbelastung bedeutet. Das sind zwar keine Geringverdiener, aber es fängt dann schon an, diejenigen zu treffen, die an der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung sind, eben bei den von Ihnen angesprochenen 85 000 Euro. Das ist für diese Menschen und ihre Arbeitgeber – je nachdem, wenn es Selbstständige sind, dann für sie alleine – eine Mehrbelastung von 350 Euro im Monat. Das ist schon eine Menge Geld. Die zweite Bemerkung ist, Sie hatten angesprochen, wenn man die Versicherungspflichtgrenze auch entsprechend anhebt – das hatte ich eben schon angesprochen, als Frau Klein-Schmeink eine Frage in diese Richtung gestellt hat. Wenn man dies nicht täte, also die Versicherungspflichtgrenze nicht anheben würde, zu bewerten – dazu will ich jetzt gar nichts sagen –, dann muss man realistisch davon ausgehen, dass die Mehreinnahmen dann doch deutlich geringer sein würden, weil eben ein Teil derjenigen, die dann in die PKV wechseln könnten, das sicher

auch tun würden.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die BAG SELBSTHILFE und an den GKV-Spitzenverband. Es wird kritisiert, dass die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung der Punktwertsteigerungen und der Gesamtvergütungen tendenziell die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen schwächen könnte. Wie bewerten Sie diese Kritik?

SVe **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG SELBSTHILFE)): Wir haben natürlich insgesamt die Sorge, dass Verbesserungen in der zahnärztlichen Versorgung, die in der letzten Zeit, auch in den letzten Jahren durch die Patientenvertretung erreicht wurden, nun wieder zurückgenommen werden. Wir haben jetzt noch keine konkreten Problemmeldungen, aber es gibt natürlich insgesamt große Besorgnis bei den Verbänden.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Wir teilen diese Sorge nicht. Wir halten das eher für eine theoretische Frage. Das würde erst dann zum Tragen kommen, wenn die Gesamtvergütung für die Erbringung aller vertragszahnärztlichen Leistungen einschließlich der Parodontitis-Therapie nicht mehr ausreicht. Dann müssten Punktwertabsenkungen vorgenommen werden und es würde ein vermindertes Honorar gezahlt werden. Aber wir sollten doch noch einmal klarstellen, dass ein Vertragszahnarzt aus Gründen des Sicherstellungsauftrags verpflichtet ist, die Leistungen im vollen Umfang zu erbringen, auch zu einem abgesenkten Punktwert. Das heißt, wir gehen nicht davon aus, dass die Patientenversorgung gefährdet werden würde durch eine solche Regelung. Im Übrigen ist die Festsetzung der Gesamtvergütung auch Sache der gesamten Vertragspartner. Wir hoffen, dass hier doch die Patienteninteressen auch bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten im Vordergrund stehen und nicht die Honorare.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Der vom G-BA festgestellte Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie ist das zentrale Kriterium für die Erstattungsbetragsverhandlungen. Daneben gelten in den Verhandlungen insbesondere die beiden



zusätzlichen Kriterien tatsächliche Preise des Arzneimittels in anderen europäischen Ländern und Kosten vergleichbarer Arzneimittel. Wie bewerten Sie diese beiden Kriterien und sehen Sie insoweit Reformbedarf?

SV Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband (GKV)): Wir sehen diese Kriterien tatsächlich seit einigen Jahren sehr kritisch, aus unterschiedlichen Gründen, auf die ich ganz kurz eingehen möchte. Zunächst zum Kriterium der Kosten vergleichbarer Arzneimittel: Das ist ungeeignet aus unserer Sicht und sollte gestrichen werden, denn das bewirkt, dass ein vorhandenes Preisniveau, wenn es hoch ist, automatisch übertragen werden wird auf dieses neue Arzneimittel, ohne dass jemals die Gleichwertigkeit dieses neuen Arzneimittels bewiesen worden wäre. Wir erkennen zudem, dass es eine gewisse Entkopplung zwischen teuren und günstigen Therapiegebieten gibt, das wirkt ein Stückweit einer Gleichbehandlung von unterschiedlichen Therapiegebieten entgegen. Worüber man natürlich nachdenken könnte, wäre über die Frage der Forschungs- und Entwicklungskosten. Das ist natürlich aber an hohe Hürden geknüpft mit der Frage, wie eine angemessene Transparenz hergestellt werden kann. Das andere Kriterium, die tatsächlichen Preise in anderen europäischen Ländern, führt in der Praxis zu Problemen. Was wir in den Erstattungsbetragsverhandlungen regelmäßig erleben, ist, dass die pharmazeutischen Unternehmen es weitgehend ablehnen uns die tatsächlichen Abgabepreise zu offenbaren. Stattdessen haben wir Schaufensterpreise und zum Teil vertrauliche Rabatte, die uns nicht bekannt sind. Insofern ist dann die Konsequenz daraus, dass der deutsche Preis weiterhin oberhalb des tatsächlichen europäischen Preisgefüges bleibt. Insofern würden wir uns wünschen, dass es Sanktionen für solche Fälle gibt, wenn Unternehmen dem Auftrag nicht nachkommen, uns tatsächliche Preise zu übermitteln.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Meine Frage geht auch an den GKV-Spitzenverband und bezieht sich auf die Neupatientenregelung. Mich würde interessieren, ob Sie eine Aussage dazu treffen können, in welcher Höhe den gesetzlichen Krankenkassen Mehrausgaben für die extrabudgetäre Vergütung bei Neupatienten entstanden sind und welche Aussage

sich zu Fallzahlen machen lässt. Ist es so, dass sowohl mehr Neu- aber auch nicht weniger Altpatienten, also Patienten, die nicht über die Neupatientenregelung behandelt wurden, behandelt worden sind oder finden sich Hinweise auf das Gegenteil? Lässt sich das belegen?

SV Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband (GKV)): Ganz kurz zu der Regelung: Wir stellen fest, dass wir aufgrund der Regelung ab 2022 mit jährlichen Mehrausgaben von 350 Millionen Euro zu rechnen haben. Insgesamt sind seit Einführung 1,5 Milliarden Euro durch die Regelung zu Lasten der GKV entstanden. Was wir auch feststellen, ist, dass wir keine Nachweise kennen, die eine tatsächliche Reduzierung von Wartezeiten durch die Neupatientenvergütung zeigen. Im Gegenteil, wir gehen eher von Mitnahmeeffekten aus, weil wir davon ausgehen, dass es für Leistungen, die ohnehin erbracht werden, es eigentlich zu einer Besservergütung schlussendlich kommt. Die Frage, was die Fallzahlen angeht, da haben wir Vergleiche angestellt zur Situation vor der Einführung der Regelung und zur Situation nach Einführung der Regelung. Hier können wir tatsächlich den Trend erkennen, dass tatsächlich ein Rückgang der Behandlung von Neupatienten erfolgt.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich hätte eine Frage, die ich bitte von ver.di, vom GKV-Spitzenverband und von der DKG möglichst kurz beantwortet hätte. Der Bundesrat macht den Vorschlag, eine Ergänzung des § 2 Nummer 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zur Finanzierung von Ausbildungskosten generalistischer Pflegeassistenten- und Helferausbildungen nach § 17a KHG sowie eine Ergänzung von § 12a KHG zur Förderung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten über den Krankenhausstrukturfonds. Was halten Sie von diesem Vorschlag?

SVe Grit Genster (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Notwendig ist eine grundlegende Diskussion zu den Pflegeassistenten- und Helferausbildungen. Grundsätzlich meinen wir, dass es unter Versorgungsgesichtspunkten keine überzeugenden Argumente gibt, die dafür sprechen, das Niveau einer 3-jährigen Ausbildung zu unterschreiten. Aufgrund der hohen und komplexen Anforderungen an die pflegerische Versorgung brauchte es adäquat



qualifiziertes Personal. Die Ausbildungen müssen mit ihren Inhalten und ihrem Umfang diesen Anforderungen Rechnung tragen. Wir nehmen aber die aktuellen Entwicklungen in den Ländern wahr, die Helfer- und Assistenzausbildungen auszubauen und zu stärken. Wichtig sind gute bundeseinheitliche Standards für die Auszubildenden, damit die generalistische Ausbildung gestärkt wird. Die Durchlässigkeit ist zu stärken. In diesem Kontext ist auch die Finanzierung der Ausbildung zu klären. Die Finanzierung nach KHG kann ein Weg sein. Grundsätzlich spricht sich ver.di dafür aus, dass der schulische Anteil der Ausbildungskosten durch die Länder getragen wird. Die Finanzierung der betrieblichen Ausbildungskosten einschließlich der Kosten der Praxisanleitung und der Ausbildungsvergütung sollte den Leistungserbringern obliegen. Die Ausbildungskosten der Gesundheitseinrichtungen sollen über einen Ausgleichsfonds, der auch von nichtausbildenden Betrieben gespeist wird, durch die zuständigen Kostenträger refinanziert werden.

SV Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband (GKV)): Aus Sicht der GKV sehen wir in dem Vorschlag den Versuch der Länder, sich weiterer Finanzverantwortung an der Stelle zu entziehen. Das sehen wir deswegen auch kritisch. Wir denken zurück an die im Rahmen der jüngeren Gesetzgebung bereits übertragenen Ausbildungskosten für andere Berufe und weitere Berufsgruppen und Tatbestände, und auch das sehen wir kritisch. Ich würde an der Stelle auch auf die Ausführungen von Frau Dr. Pfeiffer im Zusammenhang mit den versicherungsfremden Leistungen verweisen. Tatsächlich handelt es sich hier auch um einen solchen Tatbestand, der nicht zu den originären Aufgaben der GKV gehört.

SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die DKG unterstützt diese Initiative der Länder. Wir sehen mit einer solchen Finanzierung eine Möglichkeit, diejenigen, die entsprechende Ausbildungsgänge angehen, auch auf die examinierte Pflege hinzuführen. Frau Genster hat darauf hingewiesen, dass die Länder auch die Inhalte überarbeiten wollen. Insofern sehen wir hier positive Zusammenhänge und damit auch ein zusätzliches Potenzial für die Pflege in Zukunft.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes im Hinblick auf die Apotheken? Welche Auswirkungen erwarten Sie insbesondere auf die flächendeckende Versorgung durch Apotheken?

SV Dr. Sebastian Schmitz (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): Die neue Regelung wird die Apotheken mit 120 Millionen Euro pro Jahr in jeden der beiden Jahre belasten. Diese Belastung schlägt unmittelbar auf das Betriebsergebnis durch. Wir halten diese Maßnahme der Höhe und im Grunde nach auch für nicht angemessen und nicht sachgerecht. Das möchte ich kurz begründen. Die Apotheken sind in dem Gesundheitssystem sicher nicht die Kostentreiber. Sie verursachen nicht das GKV-Defizit. Man sieht das an den abnehmen Anteilen der Ausgaben für die Apotheken-Honorierung an den Gesamtausgaben des GKV. Dies sind zurzeit 1,9 Prozent, der niedrigste Stand seit langem. Der zweite Punkt ist, dass die Apothekenvergütung seit Jahren nicht angepasst worden ist. Die letzte Erhöhung des Fixums war im Jahr 2013. Seitdem ist keine Anpassung erfolgt. Die Dynamisierung der Ausgabenseite, von der vorhin die Rede war, gibt es in diesen Bereich nicht. Daraus folgt ein sehr großer Nachholbedarf. In dem Zeitraum von 2004 bis heute haben sich die GKV-Gesamtausgaben verdoppelt. Die Inflationsrate ist um 36 Prozent gestiegen und die Apothekenvergütung hängt hinterher mit 21 Prozent. Hier ist also Nachholbedarf, was die Vergütungshöhe angeht nach oben und nicht im Gegenteil nach unten. Dazu kommen dann die erwarteten Kostensteigerungen, die in den nächsten Jahren auf uns zukommen. Auch das war hier schon angesprochen worden. Neben der Inflationsrate haben wir Tarifabschlüsse, die in diesem Jahr bei 7,7 Prozent im Durchschnitt gelegen haben und im nächsten Jahr auf 3 Prozent festgelegt sind. Dazu kommt jetzt der Apothekenabschlag in seiner Erhöhung noch oben drauf. Das ergibt eine Gesamtsituation, bei der wir davon ausgehen, dass die Zahl der Apothekenschließungen im nächsten Jahr deutlich zunehmen wird. Wir sehen darin auch ein ganz schlechtes Signal für den Nachwuchs der Apotheken. Auch bei den Apotheken besteht Nachwuchs- und Fachkräftemangel. Solche plötzlichen Eingriffe der Politik fördern nicht die Begeisterung für die Arbeit in



den Apotheken. Deswegen bitten wir dringend darum, von dieser Abschlagserhöhung Abstand zu nehmen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Die Bundesregierung begründet die Sparmaßnahmen im GKV-Finanzierungsstabilisierungsgesetz, die für die zahnärztliche Versorgung eine strikte Budgetierung für die kommenden Jahre vorsehen, insbesondere mit den Ausgabenzuwächsen in der GKV. Würden Sie uns bitte die Ausgabenentwicklung des zahnärztlichen Versorgungsbereichs in der GKV in den letzten Jahren und die konkreten Auswirkungen der in der jetzt vorgesehenen Wiedereinführung der strikten Budgetierung auf die Patientenversorgung erläutern?

SV **Dr. Wolfgang Eßer** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Die anteiligen Ausgaben der Krankenkassen wurden im zahnärztlichen Bereich nicht zuletzt durch eine konsequent präventionsorientierte Ausrichtung der Versorgung von neun Prozent im Jahr 2000 auf aktuell sechs Prozent und damit um ein Drittel gesenkt. Damit haben wir bereits einen aktiven Beitrag zur Entlastung der Krankenkassen geleistet und das, obwohl in 2012 die gesetzliche Budgetierung aufgehoben worden ist. Zum zweiten Teil: Dass neben den gesetzlich vorgesehenen Einsparungen von 500 Millionen Euro durch einen Webfehler – und ich sage es ganz betont „durch einen Webfehler“ – im Gesetz auch noch zusätzlich die notwendigen Mittel für die neue präventionsorientierte Parodontitis-Therapie gekappt werden, führt zwangsläufig zu einer versorgungspolitischen Katastrophe mit ganz fatalen Folgen für die Mund- und Allgemeingesundheit. Warum? Jeder zweite Erwachsene leidet an einer behandlungsbedürftigen Parodontitis. Sie ist die häufigste Ursache für Zahnverlust und steht im bidirektionalen Zusammenhang mit schweren Allgemeinerkrankungen wie zum Beispiel Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Folgekosten sind erheblich. Um diese Volkskrankheit endlich wirkungsvoll zu bekämpfen, hat der G-BA Mitte 2021 im großen Konsens aller Beteiligten, also inklusive der Krankenkassen, einstimmig die neue Parodontitis-Behandlung verabschiedet und das BMG hat diese Richtlinie in vollem Wissen um die

notwendigen Finanzmittel auch genehmigt. Dieser wissenschaftlich basierten präventiven Versorgung werden jetzt durch die Instrumente des Gesetzentwurfes die notwendigen Mittel vorenthalten. Warum? Genau hier liegt der Webfehler im Gesetzentwurf. Die notwendigen Finanzmittel für die Jahre 2023 und 2024 sind überhaupt nicht berücksichtigt. Sie sind in den Gesamtvergütungen nicht enthalten. Es muss also zu drastischen Leistungskürzungen kommen. Damit wird eine präventionsorientierte, dringend notwendige Versorgung einer Volkskrankheit zu Fall gebracht, noch bevor sie ihre Wirkung entfalten kann. Also kann ich nichts anderes tun als die dringende Bitte zu äußern, wenn man dieses versorgungspolitische, sich abzeichnende Desaster verhindern will, dann muss man bereit sein, diesen Fehler zu korrigieren und die Parodontitis-Leistungen von den geplanten Budgetierungsmaßnahmen im Gesetz freustellen, genauso wie man das schon gesetzlich getan hat bei anderen Präventionsleistungen wie der Kinder-Profilaxe.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI). Im Gesetzentwurf ist eine Verlängerung des Preismoratoriums vorgesehen. Können Sie bitte erläutern, warum der bisher vorgesehene Inflationsausgleich im Preismoratorium nicht ausreichend ist, um Kostensteigerungen zu kompensieren? Welche weiteren Probleme im Zusammenhang mit dem erweiterten Preismoratorium sehen Sie für die Fortentwicklung von bekannten Wirkstoffen? Wie bewerten Sie die geplante Anhebung des Herstellerrabattes?

SV **Dr. Hans-Georg Feldmeier** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)): Das Preismoratorium wurde im Jahre 2010 eingeführt. Erstmals wurde ein Inflationsausgleich im Jahre 2018 zugewiesen. Der Mechanismus des Inflationsausgleichs bezieht sich auf den Verbraucherpreisindex und auf das Vor-Vorjahr. Das bedeutet im aktuellen Fall, wo wir es mit diesen von anderen Kollegen bereits diskutierten erheblichen Preisexplosionen zu tun haben, dass der Bezug auf die Verbraucherpreisindexentwicklung 2020/2021 nimmt. Das ist völlig unzureichend, weil wir Preis- und Kostenerhöhung im mittleren zweistelligen Bereich überall zu verzeichnen haben. Ich darf hinzufügen, dass



diese mangelhafte Anhebung des Inflationsausgleiches insbesondere die ortsansässige deutsche und europäische pharmazeutische Industrie trifft, da wir hier am erheblichsten im internationalen Wettbewerb sind. Der Inflationsausgleich sollte allerdings nicht nur auf die Produkte des Preismoratoriums bezogen werden, sondern er ist auch für alle anderen Produkte erforderlich, Festbetragsprodukte und Produkte, die unter Rabattverträgen stehen. Das sollte an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben. Der mangelhafte Inflationsausgleich führt nach meiner festen Auffassung zu einem erhöhten Risiko von Lieferunsicherheiten und sollte deshalb dringend angepasst werden. Das erweiterte Preismonitoring ist ein permanentes Problem, mit dem wir zu kämpfen haben, weil es innovationsfeindlich ist, insbesondere im Hinblick auf die bewerteten Wirkstoffe. Ich will Ihnen ein einfaches Beispiel aus der Geschichte geben. 500 mg ASS für die Kopfschmerzbehandlung, 100 mg für die Blutverdünnung würden nach dem Preismoratoriumsgesetz eine Absenkung von 500 Prozent bedeuten. Das funktioniert nicht. Der Herstellerrabatt ist völlig kontraproduktiv im Hinblick insbesondere auf die preiswerten Arzneimittel. Ein einfaches Beispiel: 3,1 Prozent Preiserhöhung beim Preismoratorium, fünf Prozent beim Herstellerrabatt machen am Ende eine negative Bilanz. Das funktioniert so nicht.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband und es geht um § 175 Absatz 4 SGB V, der Hinweispflicht der Krankenkassen bei der Erhöhung ihrer kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Der Gesetzentwurf sieht die Anhebung vor und das hätte in Konsequenz die Folge, dass alle Krankenkassen ihre 57 Millionen Kassenmitglieder brieflich informieren. Das wären in etwa 100 Millionen Euro. Wir hören hier einige Hinweise, wie man diesen Betrag auch anders ausgeben könnte. Bitte erläutern Sie uns, wieso Sie vorschlagen, im Hintergrund der vorgesehenen Deckelung der sächlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen in 2023, die Hinweispflicht in diesem Jahr auszusetzen?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Es ist, glaube ich, klar, wir sind uns alle einig, dass Krankenkassen informieren müssen über eine bevorstehende Beitragssatzerhöhung und über damit verbundene Rechte, also hier das sogenannte

Sonderkündigungsrecht. Das Problem in diesem Fall sind die sehr spezifischen, gesetzlichen und besonders teuren Vorgaben. Wir haben das damals bei der Einführung schon massiv kritisiert, weil – Sie haben gerade darauf hingewiesen – es tatsächlich so ist, dass jede Krankenkasse jedes Mitglied per Brief, also per Post über die bevorstehende Beitragssatzerhöhung informieren muss, dass sie dann natürlich Papier- und Portokosten zahlen müssen, dass dann aber zudem nicht nur über das Sonderkündigungsrecht informiert werden muss, sondern auch zusätzlich darüber informiert werden muss, wie denn der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist, wie darüber hinaus die Möglichkeit ist, zu anderen Kassen zu wechseln, dass – wenn man mit dem Beitragssatz über dem Durchschnitt liegt – es günstigere Kassen gibt und die in einer Übersicht gefunden werden können. Das heißt, die Informationspflichten sind sehr hoch, sehr umfassend. Das sehen wir schon per se als kritisch an, das haben wir in der Vergangenheit auch deutlich gemacht. Denn eigentlich waren wir alle gemeinsam davon ausgegangen, dass der Wettbewerb in der Krankenversicherung natürlich auch ein Preiswettbewerb ist, aber nicht nur. Es soll in erster Linie darum gehen, dass es eine Verbesserung der Qualität der Versorgung ist. Wir haben jetzt die Situation – Sie haben es angesprochen – dass nach dem Gesetzgebungsvorhaben alle Kassen im Schnitt den Beitrag um 0,3 Beitragssatzpunkte erhöhen müssen. Es macht daher überhaupt keinen Sinn, jetzt an über 50 Millionen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen solche Briefe zu verschicken. Deswegen ist unsere Forderung, diese Hinweispflichten in dieser Form auszusetzen.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die BAG SELBSTHILFE. Sie hatten bereits auf eine Nachfrage hin erläutert, dass Sie der Senkung der Umsatzschwelle eher kritisch gegenüberstehen und es bevorzugen würden, wenn andere Maßnahmen oder Flexibilisierungen zuerst ergriffen und ausprobiert werden würden. Da hätte ich die Nachfrage, ob Sie das konkretisieren können, ob Sie wirklich konkrete Vorschläge im Kopf haben, die Sie uns bitte kurz erläutern können.

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG SELBSTHILFE)): Wir haben



schlicht und ergreifend oft das Problem, dass die Orphan Drugs erhebliche methodische Schwierigkeiten in den § 35a-Bewertungen haben, also dass es tatsächlich aufgrund der kleinen Patientenzahlen oft zu keinem Zusatznutzen oder zu einem nicht qualifizierten Zusatznutzen kommt. Es scheint nach Aussage unserer Patientenvertreter wichtig zu sein, dass man zusätzliche Flexibilisierungen einzieht, aber unter Umständen auch andere Datenquellen erschließt, zum Beispiel Registerdaten. Solche Verbesserungen im Verfahren wären für uns erst einmal prioritär.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage die KBV. Teilen Sie die Einschätzung, dass eine Klarstellung beziehungsweise Anpassung der Akutpatientenregelung in Bezug auf die Vergütung von fallabschließenden, telemedizinischen oder telefonischen Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte in den Leitstellen der 116 117 durch den dadurch entstehenden Wegfall von ambulanten Notfallbehandlungen beziehungsweise den Wegfall von Besuchen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eine sinnvolle und kosteneffiziente Verbesserung darstellen würde?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Grundsätzlich muss man sagen, natürlich gibt es die Möglichkeit, per Telefon oder auch per Videosprechstunde im Notfall oder im Notfalldienst auch fallabschließende Beratungen durchzuführen. Entscheidend ist aus unserer Sicht aber, dass es zu kurz gesprungen ist, nur die Videosprechstunden zu adressieren, weil viele Anrufende eben ältere Menschen sind, die mit dem Thema Videosprechstunde nicht unbedingt klar kommen. Von daher sollte man die Videosprechstunden mit den telefonischen Beratungen gleichsetzen. Dann ist in der Tat ein gewisses Potenzial zu heben und fallabschließend sind diese Patienten dann zu beraten und zu versorgen.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte eine Frage an den BKK Dachverband. Es gibt verschiedene Stufen der Vermögensabschmelzungen der einzelnen Kassen plus Stichtage dafür, die dazu führen, dass es zum Teil um Vermögen geht, das eigentlich gar nicht mehr da ist, weil es eine zeitliche Lücke gibt. Können Sie

das noch einmal genauer für die Gesetzgebung erklären?

SV Franz Knieps (BKK Dachverband e. V.): Ich habe eben schon darauf hingewiesen, dass die Bezugnahme auf das Jahresende 2021 uns vor große Probleme stellt, weil im Jahr 2022 Vermögensabbau beziehungsweise Beitragssatzanpassungen nach unten erfolgt sind, die durch die frühere Gesetzgebung veranlasst wurden. Das kann dazu führen, dass Vermögen erfasst werden, die in der Realität bei Inkrafttreten des Gesetzes nicht mehr vorhanden sind beziehungsweise dass Beitragssatzanpassungen nach unten, die ja durch frühere Gesetzgebung determiniert sind, de facto sofort wieder in eine Beitragssatzerhöhung münden müssen. Die dritte Folge kann sein, wenn das mit den von mir eben skizzierten Fällen zusammentritt, dass besonders teure Leistungsfälle nicht durch verbotene interne Hilfsmaßnahmen ausgeglichen werden können, sondern dann sofort in eine Beitragssatzanpassung münden müssen. Macht das die Kasse nicht schnell genug, sind sofort die Aufsichtsbehörden beziehungsweise der GKV-Spitzenverband aufgerufen, diese Kasse im Scoring auf Rot zu stellen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, um Insolvenzen zu vermeiden. Das gibt ganz schreckliche Signale in die Bevölkerung, dass nämlich der Krankenversicherungsschutz bedroht sei. Deshalb halten wir das für so gefährlich.

Abg. Lars Lindemann (FDP): Ich fragen den ESV Prof. Dr. Neubauer. Bitte bewerten Sie für uns in kurzen Sätzen die in Aussicht genommenen Regelungen bezüglich der pharmazeutischen Industrie, insbesondere die Orphan Drugs-Regel und die Kombinationsabschlüsse.

ESV Prof. Dr. Günter Neubauer: Zunächst einmal der Überblick: Die Arzneimittelindustrie erlebt eine Reihe von punktuellen Eingriffen, die natürlich alle davon getragen werden, Einsparungen zu erzielen. Es wird aber nicht berücksichtigt, dass auch die pharmazeutische Industrie reagieren wird und zwar in der Form, dass man diesen Eingriffen ausweichen will. Das nur ganz allgemein. Wenn man aber pharmazeutische Industrie in Deutschland und Europa allgemein unterstützen will – wir haben gesehen, wie kritisch die Lieferketten sind –,



dann sollte man hier immer auch die längerfristigen Folgen berücksichtigen. Bei den Orphan Drugs-Medikamenten die Grenze bei 20 Millionen Euro Umsatz nach unten zu setzen, ist, glaube ich, ein Ansatz, der an einem Punkt ist, wo er wenig ergiebig ist, aber eine kleine empfindliche Gruppe von Patienten relativ stark trifft. Deswegen, glaube ich, ist das ein Punkt, bei dem würde ich sagen, der ist unverhältnismäßig angesetzt. Bei den übrigen Fragen, die ausstehen, das wären insbesondere auch die Kombinationsabschläge und die Neuvergütungsregelungen, kann man gerne noch ...

[akustische Störung]

Also bei den übrigen, beim Zusatznutzen, glaube ich, haben wir das Problem der Bewertung im Vergleich und hier, glaube ich, muss man den BPH besser unterstützen, dass er entsprechende Daten einbringen und einfordern kann.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Die nächste Frage geht an SpiFA. Sie hatten im Entwurf kritisiert, dass die Rücknahme der Neupatientenregelung und sowie Maßnahmen zur offenen Sprechstunde die Patientenversorgung wohnortsnah gefährden würde. Gibt es Alternativen aus ihrer Sicht?

SV Dr. Dirk Heinrich (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)): In der Tat ist die Streichung der Neupatientenregelung ein riesengroßes Problem, denn sie ist eine sinnvolle Regelung. Die Zahlen des Zentralinstituts für die Kassenärztlichen Versorgung (ZI) zeigen dies. Auch der GKV-Spitzenverband und das BMG konnten mit Zahlen das nicht widerlegen. Sie trifft nur ein Drittel der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Es trifft die unterschiedlichen Fachgruppen sehr unterschiedlich. Es trifft die Regionen unterschiedlich. Es ist niemandem zu erklären, warum ein Facharzt in Thüringen mit 80 Prozent Auszahlungsvolumen betroffen sein soll aber ein Hausarzt in Bayern nicht. Es betrifft vor allem die wohnortnah tätigen, grundversorgenden Fachärzte, die von der Regelung profitiert haben und jetzt benachteiligt werden. Das sind alles Gruppen, die im Schnitt weniger Umsatz aus der GKV machen als die Haus-

ärzte zum Beispiel. Und es trifft die sozialen Brennpunkte am härtesten, denn dort ist der Anteil der Menschen, die zu- und wegziehen am höchsten. Die KV Hamburg konnte eindrucksvoll an Zahlen nachweisen, dass diese Ärztinnen und Ärzte gerade dort vom Wegfall der Neupatientenregelung am härtesten betroffen sind. Am schlimmsten jedoch ist der psychologische Effekt, dass man die finanziellen Anreize der Neupatientenregelung wegnehmen will, aber die fünf zusätzlichen Sprechstunden belassen möchte. Dies wird allgemein als Vertragsbruch und als ein riesengroßer Vertrauensverlust von den Ärztinnen und Ärzten empfunden. Deshalb sind Alternativen wirklich zu überlegen. Ich glaube, es gibt Alternativen. Es könnte zum Beispiel ein Festbetrag, eine prozentuale Regelung getroffen werden, um zum Beispiel das aus der IGV herauszunehmen, sodass alle Arztgruppen auch betroffen sind. Das würde die einzelne Praxis weniger stark betreffen. Denn ansonsten wird es dazu kommen, dass die Ärztinnen und Ärzte die Verluste ausgleichen müssen durch Personalreduzierung. Das führt zu Wartezeiten, das führt zu Aufnahmestopps, zu Leistungskürzungen, die es angeblich durch diese Regelung nicht geben soll. Alternativen sind möglich und müssen überlegt werden, denn alles andere ist wirklich eine ungerechte und auch eine unsoziale Lösung.

Abg. Lars Lindemann (FDP): Meine Frage geht an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Ich würde von Ihnen gerne wissen: Die kurzfristigen Finanzierungslücken für das Jahr 2023 sollen hier geschlossen werden. Welche Beiträge sehen Sie eigentlich, die notwendig sind, um strukturell dafür zu sorgen, dass man langfristig solche Lücken schließen kann?

SVe Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Das Stopfen der Finanzierungslücke kann nur kurzfristig sein. Aus unserer Sicht braucht es langfristige Strukturmaßnahmen tatsächlich auf allen Ebenen. Die angekündigte Krankenhausstrukturreform kann aus unserer Sicht tatsächlich ein erster Einstieg sein, um die nachgewiesenen, übrigens von zahlreichen Kommissionen, auch vom Sachverständigenrat für Gesundheit, gezeigten, möglichen Überkapazitäten abzubauen. Das hätte dann auch den Vorteil, dass Personalnot gelindert werden



kann. Wir glauben, dass eine Überwindung der Sektorengrenzen notwendig ist, unter anderem durch eine Ambulantisierung von Leistungen, aber nicht dadurch, dass Krankenhäuser auch alle Leistungen ambulant erbringen können zu DRG-Kosten, sondern dadurch, dass unnötige stationäre Behandlungen konsequent vermieden werden. Die Notfallversorgung müsste und könnte reformiert werden. Auch hier könnte sektorübergreifend die Zusammenarbeit und Steuerung organisiert werden. Wir glauben auch, dass die Digitalisierung dazu beitragen kann. Insbesondere die elektronische Patientenakte kann aus unserer Sicht für effizientere Arbeitsprozesse sorgen und die Versorgung verbessern. Das sind langfristige Strukturreformen, die dringend angegangen werden müssen, um die Effizienz zu erhöhen und die Finanzierbarkeit sicher zu stellen.

Abg. Dr. Christina Baum (AfD): Meine Frage richte ich an den SpiFa. Sie haben gesagt, dass Facharztterminprobleme die Folge der Budgettierung seien. Können Sie kurz erklären, was die Budgettierung mit Terminproblemen zu tun hat und was sich ohne Budgettierung ändern würde?

SV Dr. Dirk Heinrich (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)): Die Budgettierung schneidet einen größeren Teil unserer Vergütung heraus. Wenn ich das an meinem eigenen Beispiel kurz darstellen darf: Wir haben in Hamburg ohne das Terminservice- und Versorgungsgesetz eine Budgetierungsquote gehabt von 78 Prozent, das heißt 22 Prozent meiner Leistung werden schlicht und ergreifend nicht bezahlt. Wenn mir Geld fehlt, dann kann ich weniger Personal beschäftigen. Habe ich weniger Personal, dann kann ich auch weniger Sprechzeiten und auch weniger Termine anbieten. Das ist eine ganz klare Verbindung zwischen dem, was mir an Personal und an Ressourcen zur Verfügung steht und dem, was ich an Leistungen tatsächlich anbieten kann. Insofern ist der Zusammenhang eindeutig. Fehlt die Finanzierung, dann kann auch die Leistung nicht in vollem Umfang erbracht werden, so wie ich es könnte. Es führt insbesondere dazu, dass wir auch unsere medizinischen Fachangestellten (MFA) nicht so bezahlen können, wie wir es gerne würden und wie sie es auch verdienen würden. Wir haben eine zunehmend auseinander-

klaffende Schere zwischen dem, was MFAs verdienen können und dem, was wir im Pflegebereich oder gar bei den Sozialversicherungsfachangestellten bei den Krankenkassen haben. Wir schöpfen alle aus dem gleichen Bereich. Wir werden also in Zukunft unter Personalproblemen zunehmend leiden. Wenn jetzt auch noch die Neupatientenregelung wegfällt, werden gerade die Ärztinnen und Ärzte, die auf Einnahmen der GKV angewiesen sind, das sind die in den sozialen Brennpunkten, darunter leiden und wir werden dann logischerweise eigentlich nur am Personal sparen. Wir werden dann vor die Frage gestellt, ob wir die nächste Helferin, die schwanger wird, nochmal ersetzen. Wir werden es dann nicht tun können und damit sinkt unsere Leistungsfähigkeit und das führt zur Leistungskürzung für die Patientinnen und Patienten und das bedeutet weniger Termine, Aufnahmestopp und Wartezeiten.

Abg. Dr. Christina Baum (AfD): Meine zweite Frage geht an die KBV. Wenn man die Abschaffung der Budgettierung fordert, bekommt man oft zu hören, dass dann die Kosten völlig aus dem Ruder laufen würden. Halten Sie solche Befürchtungen für begründet oder sind sie unberechtigt?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Das ist natürlich so ein Totschlagargument – „Dann wird es teurer“. Die Frage ist natürlich, es ist ja kein nicht bezifferbarer Betrag, der hier anfällt. Man darf auch nicht völlig vergessen, dass die Mehrzahl der Menschen in den Praxen versorgt werden, rund 650 Millionen Behandlungsfälle in den Praxen gegenüber 18 bis 20 Millionen in den Krankenhäusern – de facto 36-fache Versorgung in den Praxen. Deshalb ist es eigentlich notwendig, dass hier die Versorgung stattfinden kann. Dafür ist eine finanzielle Ausstattung unabdingbar. Es wurden vorhin Inflationskosten und entsprechender Handlungsbedarf thematisiert. Praxen leben nicht in einem Paralleluniversum, auch die sind von Inflation bedroht und natürlich muss entsprechende Finanzierung dargestellt werden. Wenn es dauerhaft bei einer beschränkten Geldmenge bleibt, dann gehört es zur Ehrlichkeit dazu, dass man dann auch die Leistungsmenge beschränkt. Wer tatsächlich glaubt, mit Abschaffung der Neupatientenregelung oder einer dauerhaften



Budgetierung würde es nicht zu Leistungskürzungen kommen, der wird wahrscheinlich auch bangen Herzens am 24. Dezember auf die Ankunft des Christkinds warten. Natürlich wird es Leistungskürzungen geben, weil die Praxen überhaupt nicht mehr in die Lage versetzt werden, diese Leistungen zu erbringen. Die Neupatientenregelung hat unbestritten geholfen. Auch die GKV hat ja nicht gesagt, dass sie nicht funktioniert. Sie hat die Wartezeiten bemüht, wo es überhaupt keine Erhebung gibt. Der Minister kennt die Studie. Sie ist nicht aus Harvard, aber das ZI hat belegt, dass die Neupatientenregelung greift, insofern führen wir hier eigentlich eine Phantomdiskussion. Natürlich ist eine Budgetierung oder eine Rückkehr in die Budgetierung wie bei den Neupatienten eine Leistungskürzung, wird sich als Leistungskürzung widerspiegeln. Mehr kann ich dazu gar nicht sagen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an die Caritas. Sie befürchten eine Versorgung nach Kassenlage durch das Abschmelzen der Kassenrücklagen, vor allem bei den Antragsleistungen. Warum?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Die unter BM Spahn schon begonnene Entwicklung wird jetzt nun auf den Höhepunkt gebracht und die Rücklagen der Kassen so drastisch abgeschmolzen, dass nach unserer Einschätzung hier schon kleinste Schwankungen dazu führen würden, dass der Zusatzbeitrag unter Umständen unterjährig angehoben wird. Die Alternative wäre natürlich irgendwie Leistungen faktisch zu kürzen und da bietet sich natürlich an, hier noch einmal die Genehmigungspraxis bei Antragsleistungen in den Blick zu nehmen. Wir befürchten einfach, dass es hier zu Verzögerungen bei der Genehmigung kommt, zu Nichtgenehmigungen oder auch zu Widersprüchen, die einfach durch diese Kassenlage bedingt sind.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Die nächste Frage richtet sich an ver.di. Denken Sie, dass dieses Gesetz ausreichend ist, um die GKV-Financen zu stabilisieren? Wie schauen Sie auf das Jahr 2024 diesbezüglich?

SVe **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Der Gesetzentwurf ist mit den darin enthaltenen Maßnahmen nicht geeignet, eine nachhaltige und solidarische Stärkung der GKV-Financen herbeizuführen. Die kurzfristigen Scheinlösungen für 2023 mit dem Rückgriff auf die Rücklagen und Darlehen setzen die gesetzlichen Krankenkassen unter extremen Insolvenzdruck. Die strukturellen Defizite, die hier mit jährlich 4 Milliarden Euro angegeben werden, bleiben bestehen. Die Finanzierungslücke wird 2024 erneut massiv ansteigen. Daher mahnen wir ein umfassendes Reformpaket an. Nur so kann die langfristige Stabilität der GKV und auch die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sichergestellt werden.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Die nächste Frage an die BAG SELBSTHILFE. Denken Sie neben der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze wäre auch eine Beitragspflicht auf Kapitaleinkommen eine gute Idee zur Stabilisierung der Kassenfinanzen, die weiter verfolgt werden sollte?

SVe **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG SELBSTHILFE)): Es wurde schon verschiedentlich angesprochen, dass gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen extrem von den Inflationen und auch den Belastungen der Pandemie belastet sind. Insofern halten wir es nicht für zielgerecht, dann praktisch die Beitragserhöhungen auch noch in die Waagschale zu werfen als Belastung. Man muss auch sagen, dass gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen oft nicht zum reicheren Teil der Bevölkerung gehören und insoweit haben wir natürlich schon die Forderung, dass gerade die, die die breiteren Schultern haben, auch stärker zur Bewältigung der Krise beitragen. Das heißt natürlich auch, dass Kapitalerträge und natürlich auch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zur Finanzierung stärker herangezogen werden sollten.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den ESV Prof. Dr. Wörmann. Welche versorgungspolitischen Auswirkungen hat der Gesetzentwurf aus Ihrer Sicht allgemein und – Sie sind ja Onkologe – insbesondere für die onkologische



Versorgung? Bitte erläutern Sie auch, welche Konsequenzen das haben könnte für die Patientinnen und Patienten?

ESV Prof. Bernhard Wörmann: Der Punkt auf unserer Seite ist, glaube ich, wir haben in den letzten Jahren in der Onkologie erst einmal eine Wissensexplosion gehabt. Wir haben inzwischen Krankheitsverläufe, die wir vor zehn und 15 Jahren uns nicht vorstellen konnten. Das heißt für uns, wir sind erstmal nicht für die Kosten zuständig. Wir sind natürlich hoch interessiert, dass diese Wissensexplosion auch wirklich umgesetzt wird. Deswegen haben wir uns als Fachgesellschaft in den letzten Jahren so ganz intensiv auch mit dem G-BA in die Nutzenbewertung integriert und haben seit letzten Jahres auch einen Vertrag mit dem G-BA seitens der Fachgesellschaften, dass die evidenzbasierte Medizin mit hineinkommt. Ganz platt gesagt: Wir sind völlig der Überzeugung, dass es richtig ist, dass eine Stabilisierung des Gesundheitssystems gebraucht wird. Wir unterstützen alles, um das Vertrauen in das Gesundheitssystem zu erhalten. Wir sehen, dass die Drosselung notwendig ist. Wir haben allerdings Sorge, dass einige der Fortschritte, die da sind, erdrosselt werden. Das sind unsere Ängste.

Abg. Erwin Rüdell (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an SpiFa. Wie bewerten Sie die Potenziale und Effizienzreserven beim Ausbau des ambulanten Operierens? Wie bewerten Sie einen Beitrag durch die Gesundheitskioske, um Effizienzreserven zu ermöglichen?

SV Dr. Dirk Heinrich (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)): Das Potenzial ist erheblich, denn seit dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen, also dem MDK-Reformgesetz, und dem IGES-Gutachten wissen wir, welches Potenzial letzten Endes in der Ambulantisierung jetzt noch stationärer Leistungen liegt. Es wird aber darauf ankommen – im Gegensatz zu dem, was wir gestern aus dem Expertenrat gehört haben –, dass es auch für die niedergelassenen Hausärzte und im Wesentlichen dann auch für die Fachärzte ermöglicht wird, in diesem Bereich auch tätig zu werden. Jetzt sieht es eher so aus, als ob die Ampelkoalition

ein besonderes „Schutzzäunchen“ um die Krankenhäuser ziehen möchte, damit dieser Bereich letztlich in diesem Krankenhausbereich verbleibt. Damit würden die Effizienzreserven da gar nicht gehoben werden, sondern man würde strukturell im Krankenhausbereich wieder nichts erreichen. Insofern muss das geöffnet werden für die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte ganz im Sinne des alten Grundsatzes „Ambulant vor stationär“. Zu den Gesundheitskiosken muss man sagen, ja, die haben ein großes Potenzial, wenn sie denn auch dem Original entsprechen. Hier spricht ja vor Ihnen sozusagen der Initiator und Vertreter des Hauptgesellschafters des Gesundheitskioskes Billstedt/Horn in Hamburg. Dies ist ein Projekt für soziale Brennpunkte, wo wir in einem Wechselspiel zwischen den beteiligten Arztpraxen und dem zusätzlichen Beratungs- und Kursangebot des Gesundheitskioskes in einem sozialen Brennpunkt mit vielen Menschen mit Migrationshintergrund versuchen, Gesundheitskompetenz und grundsätzliche Gesundheitsdaten zu verbessern. Dies zeigen auch die Evaluationen, dass es funktioniert. Es ist aber kein Modell für ganz Deutschland, wo man mit 1 000 Kiosken sozusagen jeden Stadtteil beglücken müsste.

Stellvertretende Vorsitzende: Die Gesundheitskioske sind nicht in diesem Gesetz adressiert.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage geht an den AOK-Bundesverband. Für die Ausgliederung des Pflegepersonals aus den DRGs wird unter anderem eine neue Frist bis zum 31. Mai 2023 gesetzt. Bis dahin sollen die Vorgaben für die Vertragsparteien vor Ort entwickelt werden. Können diese und andere Fristen beim Ablauf der Budget-Verhandlungen vor Ort in der Praxis eingehalten werden? Was wären gegebenenfalls Ihre Vorschläge?

SVe Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Nein, leider sind die vorhandenen Vorschläge, nicht ausreichend. Krankenhäuser und Krankenkassen stehen vor einer ganz erheblichen Herausforderung, nämlich noch einmal rund 4 500 Budgets neu zu verhandeln, die bisher nicht verhandelt sind. Ohne Fristverlängerung und ohne inhaltliche Nachschärfung entsteht ein Finanzrisiko unserer Ansicht nach in Höhe von fünf bis sechs



Milliarden Euro für die GKV. Um diesen Verhandlungsstau abzubauen, das betrifft die Budgetjahre 2020 und 2021 und um das aufzulösen, ist es zwingend erforderlich zwei Anpassungen vorzunehmen. Das eine ist eine Erhöhung der Transparenz bei den Verhandlungen vor Ort. Wir als GKV müssen da auch nachvollziehen können, wofür das Krankenhaus das Personal mit welchen Qualifikationen dann auch einsetzt und wo es zuvor eingesetzt worden war. Das bedeutet auch inklusive des Jahres 2018, denn das ist das Referenzjahr, das ist das relevante Datenjahr, denn in 2019 ist schon in Vorbereitung auf die Pflegebudgets Personal aus dem medizinischen, technischen Dienst in den Pflegedienst umgeleitet worden. Zweitens braucht es unserer Meinung nach eine Klarstellung, dass Forderungen der Kliniken allein auf Basis von Testaten der von ihnen bestellten und bezahlten Wirtschaftsprüfer nicht einfach so an die Schiedsstellen geleitet werden und in die Verhandlung durchgereicht werden können.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an die KBV und den GKV-Spitzenverband. Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme, dass die KVen berechtigt werden sollen, selbstständig Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen und zu betreiben. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Grundsätzlich ist die Möglichkeit sinnvoll, nur darf man sich nicht zu viel davon versprechen. Wo haben wir Notwendigkeiten solche MVZs zu bauen? Da, wo die Versorgungslage schwierig ist, das heißt, wo es an Ärztinnen und Ärzten fehlt. Die werden ja dadurch, dass wir eine Gründungsmöglichkeit bekommen, nicht plötzlich de novo entstehen. Wir müssen vielmehr dafür sorgen, dass insgesamt die Niederlassung attraktiv bleibt und Anreize schaffen, dass sich Kolleginnen und Kollegen auch in der Fläche niederlassen. Im Moment habe ich den Eindruck, dass genau das Gegenteil geschieht. Insofern wird auch diese grundsätzlich sinnvolle Regel wahrscheinlich ins Leere gehen, weil wir überhaupt keine Kollegen dafür finden werden.

SV **Markus Grunenberg** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Wir sehen natürlich, dass es bereits eine grundsätzliche Möglichkeit gibt, durch KVen MVZs beziehungsweise Eigeneinrichtungen zu betreiben, stellen aber auch fest, dass von dieser Möglichkeit sehr selten Gebrauch gemacht wird. Insofern stellt sich dann uns die Frage, welcher Bedarf denn überhaupt besteht für weitergehende Maßnahmen. Insofern würden wir das eher reserviert bewerten.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ich frage die ABDA. Es geht um die Umsetzung der Substitution von Biosimilars. Da werden erhebliche Risiken auch bei der Arzneimitteltherapiesicherheit gesehen. Könnten Sie dazu kurz etwas sagen?

SV **Dr. Sebastian Schmitz** (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): In aller Kürze: Wir halten es für richtig, dass hier die Verschiebung vorgenommen wird. Die Biosimilars treffen auf eine sehr besondere Patientengruppe mit auch besonderen Anwendungsbedingungen. Wir haben wenig Evidenz in diesem Bereich. Wir brauchen klare Regelungen seitens des G-BA. Deswegen ist diese zeitliche Verschiebung sinnvoll und gibt die Gelegenheit noch den einen oder anderen Punkt nachzubessern, auch wenn ich hier im Einzelnen aus Zeitnot nicht vortragen möchte, das liegt schriftlich vor.

Stellvertretende Vorsitzende: Damit sind wir am Ende der Anhörung angekommen. Ich darf allen Fragenden und vor allem allen Sachverständigen sehr herzlich danken für die konzentrierte Arbeitsatmosphäre, für Ihre Antworten. All das fließt jetzt in die weiteren parlamentarischen Beratungen ein. Auf Wiedersehen!

Schluss der Sitzung: 16:16 Uhr

gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Stellv. Vorsitzende