



## **Kurzprotokoll** der 51. Sitzung

### **Ausschuss für Gesundheit**

Berlin, den 18. Januar 2023, 09:30 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und  
Webex-Meeting.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

## Tagesordnung

### **Tagesordnungspunkt 1** **Seite 6**

Bestimmung der/des Vorsitzenden  
Selbstbefassung S-20(14)4

### **Tagesordnungspunkt 2** **Seite 6**

Fachgespräch Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen  
Selbstbefassung S-20(14)43

### **Tagesordnungspunkt 3** **Seite 10**

Fachgespräch zur Situation der Rettungsstellen und Notfallambulanzen  
Selbstbefassung S-20(14)47



**Tagesordnungspunkt 4**

**Seite 8**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland**

**BT-Drucksache 20/5334**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Rechtsausschuss

**Tagesordnungspunkt 5**

**Seite 8**

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Martin Sichert, Marc Bernhard, Dr. Malte Kaufmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes**

**BT-Drucksache 20/4892**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Rechtsausschuss

Verkehrsausschuss

**Berichterstatter/in:**

Abg. Heike Baehrens [SPD]

Abg. Tino Sorge [CDU/CSU]

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

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]

Abg. Martin Sichert [AfD]

Abg. Kathrin Vogler [DIE LINKE.]

- b) Antrag der Abgeordneten Fabian Jacobi, Thomas Seitz, Marc Bernhard, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Sofortige Aussetzung der Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske im öffentlichen Personenfernverkehr**

**BT-Drucksache 20/4893**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Rechtsausschuss

Verkehrsausschuss

**Berichterstatter/in:**

Abg. Heike Baehrens [SPD]

Abg. Tino Sorge [CDU/CSU]

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

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]

Abg. Martin Sichert [AfD]

Abg. Kathrin Vogler [DIE LINKE.]

**Tagesordnungspunkt 6**

**Seite 17**

Bericht der Bundesregierung zur aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Infektionen unter Berücksichtigung der Situation in der Volksrepublik China und den USA sowie zur infektiologischen Lage bei Atemwegserkrankungen in Deutschland

Selbstbefassung S-20(14)48



**Tagesordnungspunkt 7**

**Seite 19**

Bericht der Bundesregierung zum aktuellen Sachstand des Verfahrens zur geplanten Legalisierung von Cannabis

Selbstbefassung S-20(14)49

**Tagesordnungspunkt 8**

**Seite 20**

Gesetzentwurf der Abgeordneten Ates Gürpınar, Thomas Lutze, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**  
Rechtsausschuss

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes – Entkriminalisierung von Cannabis**

**BT-Drucksache 20/2579**

**Tagesordnungspunkt 9**

**Seite 20**

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

**Endometriose – Endlich verstehen, behandeln, erforschen, begleiten**

**Mitberatend:**  
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

**BT-Drucksache 20/4308**

**Tagesordnungspunkt 10**

**Seite 21**

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

**Zahntechnikerhandwerk in Deutschland zur Sicherstellung der Patientinnen- und Patientenversorgung unterstützen und zukunftsfest machen**

**Mitberatend:**  
Wirtschaftsausschuss  
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz  
Ausschuss für Klimaschutz und Energie  
Haushaltsausschuss

**BT-Drucksache 20/4884**

**Tagesordnungspunkt 11**

**Seite 21**

Vor- und Nachbericht zur EPSCO-Ratstagung am 9. Dezember 2022 in Brüssel

Selbstbefassung S-20(14)46

**Tagesordnungspunkt 12 (Verschiedenes) Seite 23**

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Philippi, Dr. Andreas Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Koß, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stöcker, Diana Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Föhr, Alexander Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Klein-Schmeink, Maria Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Lindemann, Lars Lütke, Kristine Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Adler, Katja Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kober, Pascal Köhler, Dr. Lukas
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
DIE LINKE.	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Möhring, Cornelia Sitte, Dr. Petra



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 09:30 Uhr

### Vor Eintritt in die Tagesordnung

Die **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) erläutert, der Antrag der AfD zur Maskenpflicht in Fernverkehrszügen (20/4893) sei als Tagesordnungspunkt 5b neu aufgenommen worden.

Sie stellt die Tagesordnung fest.

### Tagesordnungspunkt 2

Fachgespräch Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen

Selbstbefassung S-20(14)43

**Peter Weiß** (Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen) erläutert, alle sechs Jahre würden die Selbstverwaltungsgremien der Sozialversicherungen gewählt. Es gebe entscheidende Neuigkeiten, und zwar finde in Deutschland zum ersten Mal eine Wahl statt, bei der es eine gesetzlich vorgeschriebene Geschlechterquote gebe. Zuvor seien auch bei der sozialen Selbstverwaltung die Männer sehr dominierend gewesen. Natürlich sei über die Frage, ob eine Geschlechterquote erfüllt werden könne oder nicht, heftig diskutiert worden. Insbesondere die Arbeitgeberseite habe große Bedenken geäußert. Das Erfreuliche sei, dass sich alle angestrengt hätten und die Geschlechterquote funktioniere. In der Regel gebe es deutlich mehr als 40 Prozent Frauen auf den Listen. Es habe ein paar kleinere Betriebskrankenkassen gegeben, die große Probleme bei der Listenaufstellung gehabt hätten, da sie aus männerdominierten Betrieben kämen. Diesen habe man Hinweise gegeben, wie sie das Problem lösen könnten. Im Ergebnis würden die vorgegebenen Quoten eingehalten. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung sei die Quote ein absolutes Muss und bei den anderen Sozialversicherungsträgern ein reines Soll. Im Ergebnis erfüllten aber auch diese die Quote. Die Arbeitgeberliste für die Deutsche Rentenversicherung Bund sehe sogar mehr Frauen als Männer vor. Auf diese Entwicklung könne man stolz sein. Außerdem sei die Sozialwahl bei den gesetzlichen Krankenkassen erstmals online möglich. Im Nachgang böte sich damit die Chance zu prüfen, ob diese Form des Wählens auch für andere Wahlen infrage komme. Nach

heutigem Stand würden die fünf größten Ersatzkassen eine Onlinewahl praktizieren. Bei den Sozialwahlen gebe es zwei Möglichkeiten. Entweder die verschiedenen Listen einigten sich im Vorfeld auf einen gemeinsamen Vorschlag, dann finde die Wahl ohne Wahl statt, salopp gesagt als Friedenswahl. Dies sei in der Regel bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen der Fall. Ansonsten könnten die Wählerinnen und Wähler zwischen verschiedenen Listen wählen. Er bitte die Ausschussmitglieder eindringlich, für die Sozialwahlen zu werben. Dies sei wichtig, da die meisten Menschen diese gar nicht wahrnahmen. Es dürfe nicht vergessen werden, dass die Sozialversicherungen den Versicherten und nicht dem Staat gehörten. Deswegen gebe es eine gewählte Selbstverwaltung mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Es sei sehr schade, wenn die Versicherten ihre eigene Vertretung schlichtweg nicht ernst nähmen. Daher sei Werbung für diese Wahlen von entscheidender Bedeutung. Es werde auch Wahlwerbung im öffentlich-rechtlichen Rundfunk und Fernsehen geben. Darüber hinaus mache man in den sozialen Medien und in den Printmedien Werbung. Man unterstütze die Mitglieder des Ausschusses gerne dabei, auf diesen Kanälen aktiv zu werden. Ziel sei es, das Interesse der Mitbürgerinnen und Mitbürger für die Sozialwahl zu wecken. Nach einem Beschluss des Deutschen Bundestages seien seine Stellvertreterin und er während der gesamten sechs Jahre dafür zuständig, die soziale Selbstverwaltung zu fördern. Daher schlage er vor, nach der Sozialwahl über die Zukunft der sozialen Selbstverwaltung zu diskutieren. Die Selbstverwalter beklagten sich über mangelnden Gestaltungsspielraum, sodass man auch mit diesen in das Gespräch kommen solle.

**Doris Barnett** (Stellvertretende Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen) ergänzt zu den Sozialwahlen, es gebe ehrenamtliche Versichertenälteste der Rentenversicherung, die die Kommunen bei der Beratung entlasteten. Auch deswegen seien diese Wahlen so wichtig. Außerdem hätten die Selbstverwaltungsorgane eigene Ausschüsse, so zum Beispiel den Widerspruchsausschuss. Viele Streitigkeiten, die es zum Beispiel wegen anzurechnender Zeiten oder Reha-Maßnahmen mit der Krankenkasse oder der Rentenversicherung gebe, gingen nicht vor das Sozialgericht, was staatliche Mittel beanspruchen würde, sondern würden im Widerspruchsausschuss behandelt.



Zwar entscheide dieser in nur drei Prozent der Fälle, dennoch würden so die Sozialgerichte entlastet. Deswegen könnten sich die Mitglieder des Ausschusses als Wahlwerbung zum Beispiel einen Versicherungältesten oder jemanden vom Widerspruchsausschuss zu einer Veranstaltung einladen. So sei eine effektive Wahlwerbung möglich. Abschließend weist sie darauf hin, dass es wichtig wäre, die Nutzung des elektronischen Personalausweises voranzutreiben, damit Onlinewahlen durchgeführt werden könnten.

Abg. **Mattias Mieves** (SPD) fragt, was die Organe und die Kassen selbst unternähmen, um zu einer höheren Wahlbeteiligung beizutragen.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU) erkundigt sich, wie sich das Gesetz zur Verbesserung der Transparenz und der Alterssicherung sowie zur Modernisierung der Sozialwahlen mit den verbesserten Freistellungs- und Fortbildungsmöglichkeiten auswirke. Weiter interessiert ihn, welchen Zuwachs bei der Wahlbeteiligung man sich von dem Einsatz von Onlinewahlen erhoffe. Weiter bittet er um genaue Informationen, in welchem Umfang Sozialgerichtsstreitigkeiten durch die Arbeit der Widerspruchsausschüsse vermieden würden. Solche Angaben könnten eventuell als Wahlwerbung dienen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) begrüßt die Fortschritte bei der Umsetzung der Frauenquote. Da die Transparenzrichtlinien gesetzlich verändert worden seien, fragt sie, wie transparent das Listenaufstellungsverfahren verlaufen sei und ob es in dieser Hinsicht Bedarf für eine Nachsteuerung gebe. Weiter möchte sie wissen, was von der Herabsetzung des aktiven und passiven Wahlrechts auf 16 Jahre gehalten werde und ob die Versicherten in der Selbstverwaltung bei der Umsetzung von satzungsgemäßen und gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen stärker beteiligt werden sollten.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP) fragt, ob das Verfahren der Friedenswahl, wo die Kandidaten offensichtlich vorher feststünden, im Interesse einer höheren Wahlbeteiligung abgeschafft werden sollte.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD) erkundigt sich, ob ausschließlich die Versichertenkarte zur Identifikation für die Onlinewahl dienen solle, da alte Personalausweise für diese Funktion noch nicht freigeschaltet seien.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.) merkt an, es sei vielen unklar, warum die Sozialwahl wichtig sei und für was die verschiedenen Kandidaten stünden. Daher müssten die Kassen aus ihrer Sicht die verschiedenen Positionen hervorheben, um mehr Interesse an der Wahl zu wecken. Sie fragt, was in dieser Hinsicht getan werde.

**Peter Weiß** (Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen) stimmt zu, dass es in der Verantwortung der Kassen und der Selbstverwaltungen liege, über die Inhalte der Wahlalternativen zu informieren. So müssten diese mit entsprechenden Publikationen über die einzelnen Kandidaten informieren, da Politik mit Gesichtern und nicht nur mit Listennamen verbunden werde. Zum Aufstellungsverfahren sagt er, das Gebot der Transparenz werde nicht überall berücksichtigt. Er habe bei der allgemeinen Zulassung der Versichertengemeinschaften als Listenträger erstmals einen Geschäftsbericht angefordert. Es müsse eine demokratisch legitimierte Aufstellung der Listen geben. Eventuellen gesetzgeberischen Nachholbedarf werde man im Nachgang im Bericht zu den Sozialwahlen benennen. Dann könne man zum Beispiel auch darüber nachdenken, ob das Wahlrecht an die Mitgliedschaft in der Sozialversicherung und damit an das Zahlen von Beiträgen gebunden werde. Zur Frage der Auswirkungen der neuen Freistellungs- und Fortbildungsmöglichkeiten könne er noch nichts berichten, da man auf die Rückmeldungen der Selbstverwalter angewiesen sei. An den Onlinewahlen könne man entweder mit dem elektronischen Personalausweis oder mit der Versichertenkarte teilnehmen. Dies sei in den Wahlunterlagen genau beschrieben. Der digitale Personalausweis werde künftig der Zugang für viele staatliche und Sozialversicherungsleistungen sein. Die Bundesagentur für Arbeit sei die erste große Bundesbehörde, die alles digitalisiert möglich mache. Die Authentifizierung für einen Arbeitslosengeld-II-Antrag werde künftig mit dem digitalen Personalausweis funktionieren. Daher sei es auch für die Län-



der wichtig, eine Aufklärungskampagne zum digitalen Personalausweis durchzuführen. Man halte die Sozialversicherungsträger an, eine umfassende Aufklärungs- und Informationsarbeit zu leisten.

#### Tagesordnungspunkt 1

Bestimmung der/des Vorsitzenden

Selbstbefassung S-20(14)4

Die **stellvertretende Vorsitzende** stellt fest, die Fraktion der AfD habe das Vorschlagsrecht für die Bestimmung des Ausschussvorsitzes.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD) erklärt, seine Fraktion schlage Abg. Jörg Schneider vor.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD) bittet um geheime Abstimmung.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD) merkt an, der Tagesordnungspunkt laute „Bestimmung der/des Vorsitzenden“ und eine geheime Wahl sei nicht vorgesehen. Eine Erweiterung der Tagesordnung sei laut § 61 GO-BT nur zulässig, wenn alle Fraktionen zustimmen. Die AfD-Fraktion stimme diesem Antrag aber nicht zu, sodass eine geheime Wahl unzulässig sei.

Die **stellvertretende Vorsitzende** betont, die Argumente zu dieser Frage seien bereits mehrfach ausgetauscht worden.

*Der Ausschuss beschließt mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion der CDU/CSU, eine geheime Wahl durchzuführen.*

*Durchführung der gemeinen Wahl von 10.10 Uhr bis 10.13 Uhr*

*Unterbrechung des Tagesordnungspunktes für die Auszählung.*

#### Tagesordnungspunkt 4

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland**

**BT-Drucksache 20/5334**

*Der Ausschuss beschließt einstimmig, zum Gesetzentwurf auf Drucksache 20/5334 eine öffentliche Anhörung durchzuführen.*

#### Tagesordnungspunkt 5

a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Martin Sichert, Marc Bernhard, Dr. Malte Kaufmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes**

**BT-Drucksache 20/4892**

b) Antrag der Abgeordneten Fabian Jacobi, Thomas Seitz, Marc Bernhard, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Sofortige Aussetzung der Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske im öffentlichen Personenfernverkehr**

**BT-Drucksache 20/4893**

Abg. **Heike Baehrens** (SPD) lehnt beide Vorlagen ab, da die Bundesregierung die notwendigen Schritte bereits auf dem Verordnungsweg veranlasst habe. Aus Sicht der Fraktion der SPD sei es vertretbar, die Maskenpflicht im öffentlichen Personenfernverkehr zum 2. Februar 2023 auszusetzen. Durch die auf den Weg gebrachte Regelung schaffe man eine bundesweit verlässliche und für die Bürgerinnen und Bürger nachvollziehbare Regelung im Fernverkehr. Gleichzeitig passe man das Pandemiemanagement den aktuellen Rahmenbedingungen an.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU) räumt ein, dass ein Wegfall der Maskenpflicht im Fernverkehr verantwortbar und folgerichtig sei. Die gegenwärtige Infektionslage erlaube dies. Die Immunität der Bevölkerung sei hoch und viele internationale Länder



seien bei Lockerungen bereits vorangeschritten. Die Bundesregierung solle die bestehende Regelung wie geplant abschaffen, dies aber umgehend und nicht erst zum 2. Februar 2023 umsetzen. Die Vorlagen lehne man dennoch ab, da die Fraktion der AfD mit ihren Anträgen seit Jahren systematisch versucht habe, Schutzmaßnahmen zu diskreditieren und über wissenschaftliche Evidenz hinweg in den Zweifel zu ziehen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) lehnt die Vorlagen ab. Zwar seien Masken unabhängig von der konkreten Regelungslage weiterhin ein wirkungsvoller Schutz vor Infektionskrankheiten wie SARS-CoV-2. Die Bundesländer hätten angekündigt, die Maskenpflicht im öffentlichen Nahverkehr Anfang Februar aufzuheben. Es sei daher sachlogisch, auch im Fernverkehr synchron zu reagieren, was die Bundesregierung in enger Abstimmung mit den Bundesländern nun mit Wirkung zum 2. Februar 2023 auch tue.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP) erklärt, beide Vorlagen abzulehnen, da diese unnötig seien. Die Entscheidungshoheit über die Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr liege selbstverständlich bei den Bundesländern, hier habe man sich nicht einzumischen. Da auch die Maskenpflicht im Fernverkehr am 2. Februar 2023 entfalle, habe man zukünftig eine einheitliche Regelung. Der Wegfall der Maskenpflicht bedeute insgesamt wieder mehr Eigenverantwortung der Menschen, was ein guter Zustand sei.

Abg. **Martin Sichert** (AfD) erklärt, dass es darum gehe, die Maskenpflicht im Fernverkehr mit sofortiger Wirkung auszusetzen. Man sehe keine Grundlage dafür, dies erst ab dem 2. Februar 2023 umzusetzen. Sofern keine Rechtfertigungen für Freiheitseinschränkungen vorlägen, müssten diese auch umgehend aufgehoben werden. Die Parallelität von Gesetzentwurf und Antrag sei darin begründet, dass die Verordnung keiner Zustimmung des Bundesrates bedürfe und somit sofort wirksam sei.

Der Gesetzentwurf hätte demgegenüber einen etwas längeren Prozess, Sorge aber für Klarheit und Rechtssicherheit bei den Bürgern.

Abg. **Katrin Vogler** (DIE LINKE.) erklärt, dass der Gesetzentwurf nicht nachvollziehbar sei, da dieser ein längeres Verfahren bedeuten würde, als das, was die Bundesregierung nun kurzfristig in Kraft setzen werde. Die Fraktion DIE LINKE. unterstütze die Einführung bundeseinheitlicher Regelungen, da es den Bürgerinnen und Bürgern so viel leichter gemacht werde, sich an vorgegebene Maßnahmen zu halten, mahne aber eine begleitende Kampagne zum Nutzen und zur Benutzung von Masken durch die Bundesregierung an. Der eingebrachte Antrag sei widersprüchlich zu dem vorgelegten Gesetzentwurf. Man könne eine Regelung nicht gleichzeitig abschaffen und aussetzen. Angesichts dessen, dass die Bundesregierung selbst tätig werde, seien die Vorlagen der Fraktion der AfD ohnehin überflüssig und daher abzulehnen.

*Der Ausschuss beschließt mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, dem Plenum die Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/4892 zu empfehlen.*

*Der Ausschuss beschließt mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, dem Plenum die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/4893 zu empfehlen.*

### **Fortsetzung Tagesordnungspunkt 1**

Bestimmung der/des Vorsitzenden

Selbstbefassung S-20(14)4

Die **stellvertretende Vorsitzende** verkündet das Wahlergebnis:



<i>Abgegebene Stimmen:</i>	39
<i>Ungültige Stimmen:</i>	0
<i>Ja-Stimmen:</i>	11
<i>Nein-Stimmen:</i>	28
<i>Enthaltungen:</i>	0

Damit sei der Vorschlag abgelehnt.

### Tagesordnungspunkt 3

Fachgespräch zur Situation der Rettungsstellen und Notfallambulanzen

Selbstbefassung S-20(14)47

SV **Daniel Labes** (Aktion: Notaufnahmen retten) erklärt, er arbeite in einer Berliner Notaufnahme. Durch die Pandemie habe man gemerkt, wie wichtig Notfallstrukturen seien und wie schnell man an deren Grenzen komme. In Berlin habe man diese im vergangenen Dezember sogar überschritten, sodass man zum ersten Mal den drohenden Zusammenbruch des Systems erlebt habe. Er sei verwundert, dass es keine klaren Indikatoren für eine Überlastung des Systems der Notfallversorgung gebe. Schließlich gehe es um Rettungsmittel, die nur in begrenztem Umfang verfügbar seien. Bei Überlastung könnten diese nicht mehr für Einsätze genutzt werden. Außerdem könne es im Extremfall zu Schließungen von Notaufnahmen kommen. Es habe Tage in Berlin gegeben, an denen ein Viertel der vorhandenen Notfallstrukturen geschlossen werden musste, da sie an die Kapazitätsgrenze gekommen seien. Es sei aber unklar, wann diese Kapazitätsgrenze erreicht sei. Ein Lösungsansatz wäre eine verbindliche Personalbemessung in den Notaufnahmen. Eine solche gebe es momentan nicht. Laut Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) müsse in der Notfallaufnahme eine Fachpflegekraft vorhanden sein. In seiner Notaufnahme lägen im Schnitt 40 bis 60 Patienten. Es sei unmöglich, diese allein zu versorgen. Dabei gehe es auch um die Würde des Menschen, die er im Dienst regelmäßig verletze, wenn er hilfsbedürftige Menschen stundenlang in ihren Exkrementen liegen lassen müsse, weil er priorisieren müsse, da zum Beispiel eine Schockraumversorgung oder ein akuter Schlaganfall dringender sei. Dies führe zu einer großen Unzufriedenheit im Job, die heute in jeder Notaufnahme gelebte Realität in Deutschland sei. Das sei

erschreckend und eine Bankrotterklärung des Systems. Es müsse eine Personalbemessung in den Notaufnahmen eingeführt werden, die sich an den Patientenkontakten und nicht an den Fallzahlen orientiere. Für ihn sei der Mensch beziehungsweise der Patientenkontakt und nicht der abrechenbare Fall entscheidend. Zudem müsse der Gesetzgeber genau definieren, wer in der Notfallversorgung für welche Aufgaben welche Qualifikation benötige. Aktuell sei der Personalmangel so schlimm, dass mit medizinischen Fachangestellten und Arzthelferinnen und Arzthelfern aufgefüllt werde. Diese Kollegen seien dafür da, Patienten aufzunehmen und in den richtigen Behandlungspfad zu leiten und nicht, um eine Schockraumversorgung eines schwer polytraumatisierten Patienten zu leiten.

SV **Martin Pin** (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e. V.) führt aus, er sei Chef einer Klinik für Notfall- und Akutmedizin in Düsseldorf und Präsident der DGINA. Die DGINA habe circa 2 500 Mitglieder und das Besondere an dieser Fachgesellschaft sei, dass in ihr nicht nur Ärztinnen und Ärzte organisiert seien, sondern auch Rettungsdienst und Pflege, sodass die Gesellschaft ein gutes Bild davon bekomme, wie sich die Situation in Notaufnahmen darstelle. Derzeit sei die Überlastung der Notaufnahmen, die sich durch die gesamte Pandemie gezogen habe, das zentrale Thema der Gesellschaft. Es sei immer viel über die Intensivstationen gesprochen worden, aber während der Pandemie sei die Belastung in den Notaufnahmen ebenfalls immens gewesen, weil bei Patienten, die in die Notaufnahme gekommen seien, zunächst unklar gewesen sei, ob sie infiziert gewesen seien, sodass man sie habe isolieren müssen. Daher habe man während der Pandemie einen sehr hohen Isolations- und damit auch Personalaufwand betrieben, damit Infektionen nicht in die Kliniken hineingetragen würden. Gleichzeitig habe dies zu einem extrem hohen Aufwand mit Patienten geführt, die eigentlich auf die Intensiv- beziehungsweise Normalstationen gehörten. Man habe also in vielen Notaufnahmen über lange Zeiträume intensivpflichtige Patienten behandelt, obwohl es für die Notaufnahme keinen Personalschlüssel wie für die Intensivstation gebe. Diese Überlastung der Notaufnahmen habe mitunter zu einer Gefährdung der Patientensicherheit geführt. Der Grund sei eine Reduzierung der verfügbaren



Krankenhausbetten um ungefähr 17 Prozent gewesen. Dadurch hätten die Patienten aus der Notaufnahme nicht mehr auf die Normalstation verlegt werden können. Dies habe zu einem Rückstau geführt.

**SVe Prof. Dr. Henriette Neumeyer** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)) merkt an, die DKG habe sich im Vorfeld dieses Fachgesprächs mit der aktuellen Lage befasst und eine Blitzumfrage in den Notaufnahmen gemacht. Man habe dazu unterschiedliche Krankenhäuser in Bezug auf die Einordnung in die G-BA-Notfallstufen befragt. Im Ergebnis werde die Lage als sehr herausfordernd eingeschätzt. Von 77 Prozent der Krankenhäuser sei berichtet worden, dass Notaufnahmen sich im Dezember 2022 von der Notfallversorgung hätten abmelden müssen, da die Kapazitäten insbesondere im Personalbereich begrenzt gewesen seien. Man sehe einen besonderen Engpass im Bereich der Pflege, aber auch im ärztlichen Bereich. Insgesamt hätten zwei Drittel der Krankenhäuser zurückgemeldet, dass sie aufgrund von Personalmangel Probleme hätten, die Patientinnen und Patienten adäquat zu versorgen. Im Bereich der Pflege sei die Gesamtlage mit 42 Prozent als angespannt und mit 34 Prozent als sehr angespannt angegeben worden. Aktuell gehe die Patientensteuerung fehl, da 74 Prozent der Patientinnen und Patienten, die in einer Notaufnahme einträfen, fußläufig kämen, ohne die 116 117 angerufen oder eine Einweisung dabei zu haben. Die Patientensteuerung müsse also verbessert werden, um die Notfallversorgung wirkungsvoller zu gestalten. Das Problem liege dabei nicht bei den Patientinnen und Patienten. Diese suchten sich das Hilfsangebot aus, das ihnen niedrigschwellig erscheine und wo sie kompetente Anlaufstationen und eine schnelle interdisziplinäre Abklärung ihrer Beschwerden erwarteten.

**SV Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband) betont, Rettungswesen und Notfallambulanzen seien in der Tat in einer absolut schwierigen Situation gewesen. Allerdings sei dies kein Spezifikum des Rettungswesens, sondern ein Problem der allgemeinen öffentlichen Infrastruktur gewesen. Ein Hauptproblem sei, dass es keine Bundesstatistik über die Zahl der Rettungseinsätze oder ähnliches gebe. Bei Intensivbetten sei man inzwischen so-

weit, bundesweit ein Echtzeit-Monitoring einzuführen. Für das Rettungswesen werde es höchste Zeit, dies auch zu tun. Eine entsprechende Reform sei dringend geboten. In der letzten Legislaturperiode sei eine solche aufgrund der Pandemie, der Konzentration auf eine Änderung des Grundgesetzes (GG) und eine Fokussierung auf das schwierige Projekt des Sachverständigenrates nicht gelungen. Zur GG-Änderung sei zu sagen, dass der Sozialrechtstitel in Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG ausreiche, da er genug Gestaltungsmöglichkeiten für das Rettungswesen mit bundeseinheitlichen Regelungen biete. Die 116 117 sei auch ohne GG-Änderung eingeführt worden. Auch viele weitere Reformen seien ohne GG-Änderung möglich. Es gebe kein Finanzierungs-, sondern ein Standardisierungsproblem. Nicht jeder Notruf dürfe dazu führen, dass die Patientin oder der Patient am Ende stationäre behandelt werde. Man brauche an den vier Triage-Stellen eine rechtssichere Situation, und zwar beim Anruf der 116 117 und bei der Entscheidung des Rettungsdienstes vor Ort. Er dürfe nicht nur dann abrechenbar sein, wenn der Patient ins Krankenhaus gefahren werde. Dazu kämen die Entscheidung am gemeinsamen Tresen und die finale Entscheidung des Arztes, ob der Patient stationäre aufgenommen werde. Bei den Leitstellen sei die Informationstechnologie wesentlich. Es sei nicht länger hinnehmbar, dass der Rettungswagen vom Bildschirm verschwinde, wenn er die Kreisgrenze überschreite. Die Anforderung an die elektronische Datenverarbeitung dürfe nicht von der Entscheidung eines Landrates abhängig sein.

**ESV Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach** erklärt, man müsse sich in den Patienten hineinversetzen, um zu verstehen, warum er die Notfallambulanz aufsuche. So könne er zum Beispiel bei einem Kopfschmerz nicht wissen, ob dieser harmlos oder mit einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung zusammenhänge. Es werde also eine qualifizierte, strukturierte, digital unterstützte Ersteinschätzung gebraucht. Bei einem Anruf auf der 112 oder der 116 117 gebe es eine Art Vor-Triage, bei der entschieden werde, wie dringlich der Notfall sei und ob ein Notarztwagen geschickt werden müsse. Die Herausforderung sei, dass beide Anlaufstellen beim gleichen Kopfschmerz gleich reagieren müssten. Es werde also eine einheitliche Ersteinschätzung benötigt. Dann gebe es vier Möglichkeiten der Ersthilfe. Die erste Möglichkeit, die in Deutschland fast



nie genutzt werde, sei die Telefonberatung. In den Leitstellen gebe es Ärztinnen und Ärzte, die das Gespräch übernehmen könnten, eventuell auch als Videokonsultation. Man wisse aus internationalen Untersuchungen, dass 30 Prozent aller Patientenanliegen auf diese Weise in guter Qualität abschließend erledigt werden könnten. Diese Patientinnen und Patienten würden niemals in einer Rettungsstelle auflaufen. Die zweite Möglichkeit sei ein Hausbesuch durch einen ärztlichen Bereitschaftsdienst oder bei Gefahr in Verzug die Entsendung eines Notarztwagens. Es könne aber auch sein, dass im Rahmen neuer Elemente ein Notpflegeteam komme, um zum Beispiel einen Katheter zu wechseln, oder ein Team zur Palliativ-Versorgung komme. Drittens könne die Behandlung in einer ambulanten Praxis erfolgen. Für Notfälle gebe es registrierte Partnerpraxen, die Notfall-Slots freigäben. Diese seien in der Leitstelle im elektronischen System hinterlegt. Auf diese Weise könne man innerhalb von wenigen Stunden einen festen Termin in einer Praxis bekommen. Die vierte Möglichkeit sei eine Überweisung in ein integriertes Notfallzentrum. Dort arbeiteten niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte zusammen und entschieden, ob eine ambulante Behandlung ausreiche oder ob eine stationäre Einweisung erfolgen müsse. Die Daten, die in der Leitstelle angegeben worden seien, würden elektronisch übertragen und erneut beurteilt. Ein solch umfassendes System aus einem Guss habe im Koalitionsvertrag der letzten Legislaturperiode gestanden und stehe auch jetzt wieder im Koalitionsvertrag. Es gehe also darum, dieses System umzusetzen und nicht einfach mehr Geld und Personal in ein nicht funktionierendes System zu investieren. Eine bedarfsgerechte Steuerung ermögliche kürzere Wartezeiten und eine bessere Versorgung.

Abg. **Dr. Herbert Wollmann** (SPD) bestätigt, die Notfallreform stehe seit mindestens zwei Jahren auf der Tagesordnung und sie werde in diesem Jahr umgesetzt. Er fragt, ob die Überlastungen der Notfallstellen in den vergangenen Monaten auf das erhöhte Aufkommen von Atemwegserkrankungen zurückzuführen seien oder ob es ein permanentes Problem gebe, das gelöst werden müsse.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU) fragt Prof. Dr. Gerlach, wie die von ihm angesprochenen Reformschritte umgesetzt werden könnten. Die ambulante Versorgung müsse funktionieren, da die Menschen ansonsten gezwungenermaßen die Notfallstationen aufsuchten. Weiter möchte sie wissen, wie Telemedizin in der Notfallversorgung zur Anwendung kommen könne und ob die Ausbildung der Notfallsanitäter entsprechend verändert werden müsse.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) merkt an, es sei richtig, dass es nicht ausreiche, bei Reformen in den Notaufnahmen anzusetzen, sondern es müssten auch Reformen im Bereich der Leitstellen und des Rettungswesens erfolgen. Er fragt, welche integrierten Reformen in diesem Zusammenhang angegangen werden müssten. Weiter bezieht er sich auf die Einschätzung, wonach eine Notfallreform auch ohne GG-Änderung möglich sei. Er fragt, wie an der Schnittstelle vertragsärztlicher Notfallversorgung und Krankenhäuser die Versorgungssituation in den überlasteten Notaufnahmen verbessert werden könne.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP) erkundigt sich, welche Änderungen am dringlichsten seien, um die Notfallversorgung zu verbessern.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD) führt aus, in Notfallaufnahmen müssten praktisch rund um die Uhr Sicherheitsmitarbeiter zur Verfügung stehen. Er fragt, ob die dadurch entstehenden Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden müssten oder ob dies eine hoheitliche Aufgabe des Staates sei, die über Steuermittel finanziert werden müsse.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.) fragt, welche finanziellen und strukturellen Veränderungen nötig seien, um die personelle Situation in den Notfallaufnahmen zu verbessern.

Sve **Prof. Dr. Henriette Neumeyer** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)) erklärt, es sei richtig, dass über 90 Prozent des Notfallpersonals die Androhung von Gewalt erführe. 50 Prozent der Kliniken beschäftigten dementsprechend im Bereich der Notaufnahmen einen Sicherheitsdienst. Es gebe



also eine Sicherheitslücke. Dies habe die Auswirkung, dass die Attraktivität der Arbeit in der Notaufnahme abnehme und sich die Personalfluktuationserhöhe, wenn im Ernstfall keine Unterstützung vorhanden sei. Derzeit sei keine essenzielle Refinanzierung vorhanden und die Kosten müssten im Wesentlichen von den Krankenhäusern getragen werden. Der Rettungsdienst müsse je nach regionalen Gegebenheiten einheitlich finanziert werden. Wünschenswert sei dies insbesondere zum Beispiel in der Akutpsychiatrie. Die Präsenz eines Sicherheitsdienstes an Notfallstellen sei im internationalen Umfeld mittlerweile gang und gäbe. Dies sei leider ein Thema, mit dem man sich weiter befassen müsse. Am dringlichsten sei momentan die Betrachtung des Patientenprozesses. Der Patient suche sich den Weg, von dem er sich Hilfe verspreche. Dementsprechend müsse jede Reform darauf abzielen, ihn in seinem häuslichen Umfeld abzuholen und einer geeigneten Versorgungsform zuzuführen. Das bedeute verschiedenste Schritte in der intersektoralen Verzahnung. Auch ein digitalisiertes Zusammenspiel sei dort notwendig, um die adäquaten Datentransfers, aber auch die Termingarantien in den niedergelassenen Bereich hinein zu gewährleisten. Ein weiterer Punkt sei das Thema „Gemeinsamer Tresen“. Es müsse eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zum Wohle der Patienten geben. Das funktioniere in einzelnen Häusern schon sehr gut und man sei gerade dabei, zu klären, wie eine Ersteinschätzung gelingen könne und wer danach wo behandelt werde. Hier finde auch verstärkt die Überführung in die vertragsärztliche Versorgung statt. Sie verweise auf das Konzept der DKG zur Notfallversorgung, in dem man die Notwendigkeit der Zusammenarbeit betone.

**SV Martin Pin** (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e. V.) betont zur Steuerung des Personals, die Notaufnahme sei im Prinzip die erste und die letzte Anlaufstelle. Das heiße, die Patienten kämen zuerst in die Notaufnahme, wo man oft nicht wisse, wohin mit den Patienten. Die Notaufnahme stelle mitunter für Patienten und Bürger das allerletzte soziale Netz dar. Probleme, die anderweitig nicht gelöst werden könnten, würden oft zur Notaufnahme weitergetragen. Deswegen habe diese eine wichtige Funktion. Das Problem mit eventuellen Personaluntergrenzen

sei, dass man bei deren Unterschreitung die Notaufnahme nicht schließen könne, da man verpflichtet sei, den Menschen zu helfen. Dies müsse mit einer adäquaten Personalbemessung geregelt werden, die die Ausbildungsqualität auf ärztlicher und auf pflegerischer Seite abbilde. Es müsse also sichergestellt werden, dass die Untergrenze nicht unterschritten werde und es muss daraus etwas resultieren. Man brauche Notfallkonzepte für die Kliniken, sodass bei Überfüllung aus dem stationären Bereich Betten zur Verfügung gestellt würden, die immer verfügbar seien. Der Konflikt Elektiv- versus Notfallpatienten müsse dementsprechend aufgearbeitet werden. Die Übergriffe, die tatsächlich zugenommen hätten, seien eine Folge der Situation, in der man sich befinde. Wenn man sechs, sieben Stunden lang möglicherweise mit einem Kind in der Kindernotaufnahme warte und nicht wisse, wann man Hilfe bekomme, entstünden Extremsituationen. Dies führe dazu, dass die Mitarbeiter sich in ihrem Berufsethos verletzt sähen und kündigten. Mangelnde Resilienz sei hier nicht das Problem, da ausnahmslos alle, die in den Notaufnahmen arbeiteten, resilient seien. Für die Telemedizin müsse ein Standard entwickelt werden. Man müsse überlegen, wie Telemedizin zum Beispiel im hausärztlichen Bereich, in Leitstellen und in Videosprechstunden funktioniere. Über die Feiertage habe man zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen eine Videosprechstunde für Kinder installiert. Das habe sehr gut funktioniert und viele seien abschließend behandelt worden. Es müsse zudem geprüft werden, wie die Telemedizin im Rettungsdienst gerade in den Flächengebieten eingesetzt werden könne. Dafür gebe es gute Beispiele aus Aachen. Es müssten dafür einheitliche Ausbildungsstandards auch für die Ärzte entwickelt werden, die am anderen Ende der Leitung säßen. Für eine bessere Steuerung könne für die Ersteinschätzung ein vorheriger Anruf bei der Leitstelle 116 117 verbindlich gemacht werden. Dies würde unweigerlich dazu führen, dass weniger Personen die Notaufnahmestellen aufsuchten. In einem weiteren Schritt müsse überlegt werden, wie viele Notaufnahmen einen gemeinsamen Tresen benötigten.

**ESV Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach** antwortet, es sei richtig, dass viele Probleme in der Notfallversorgung häuslicher Art seien oder deren Lösung Aufgabe eines Pflegeheims sei. Deshalb habe man Modellversuche mit Notpflegeteams durchgeführt.



Diese seien erfolgreich gewesen. Oft könne ein Pflegeteam zum Beispiel einen Katheter wechseln oder eine Pflegesituation auflösen, gerade am Wochenende oder in überforderten Pflegeheimen oder bei alleinstehenden Menschen. Auf diese Weise sei kein Transport oder eine Einweisung ins Krankenhaus erforderlich. Es sei auch richtig, dass es ein Umsetzungsproblem gebe. Dies stehe auch so im Koalitionsvertrag. Diesen solle man ernst nehmen und umsetzen. Dazu gehöre die gemeinsame Leitstelle. Diese solle, wie auch in anderen Ländern üblich, physisch zusammengeführt werden. Da dies nicht gelingen werde, könne man die Notrufnummer 112 mit der 116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst digital vernetzen. Die Mitarbeiter müssten nicht im gleichen Raum sein, aber mit dem gleichen Ersteinschätzungssystem arbeiten. Diese müssten dann zum Beispiel ein Rettungsmittel einsetzen oder einen Hausbesuch initiieren, wenn eine bestimmte Situation vorliege. Die Entscheidung müsste in jedem Fall die gleiche sein. Das würde schon viele Probleme lösen. Ein zweiter wichtiger Punkt seien integrierte Notfallzentren an ausgesuchten Krankenhausstandorten mit einem gemeinsamen Tresen, wo niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte im Interesse des Patienten zusammenarbeiteten. Es sei in der Tat nicht ausreichend, nur auf die Rettungsstellen zu schauen. Schließlich gebe es drei Bereiche: die Notaufnahme, die Rettungsstellen und die Kliniken, dann die Praxen, den ärztlichen Bereitschaftsdienst und die KV und schließlich den Rettungsdienst. Nur wenn diese aus einem Guss zusammenarbeiteten und eine gemeinsame Versorgung anböten, könne dies funktionieren. Dafür müssten die Strukturen und die Finanzierung des Rettungsdienstes geändert werden. In Zukunft dürfe der Transport ins Krankenhaus keine anschließende Leistung erfordern, damit er finanziert werde, sondern es müsse auch eine Vor-Ort-Betreuung durch den Rettungsdienst möglich sein. Das sei derzeit nicht möglich, da eine solche Betreuung nicht abgerechnet werden könne. Viele Patienten könnten aber, nachdem sie begutachtet worden seien, zu Hause bleiben. Außerdem müsse über die Strukturen gesprochen werden. In Berlin beispielsweise gebe es etwa 90 Krankenhäuser, von denen 60 an der Notfallversorgung teilnähmen. Dies seien zu viele, sodass Personal verschwendet und schlechte Qualität geliefert werde. Wenn man zum Beispiel mit einem Herzinfarkt in die Notaufnahme komme, könne man nicht

sicher sein, dass die dafür notwendige Versorgung mit Kardiologen rund um die Uhr zur Verfügung stehe. Man könne auch nicht sicher sein, dass einem bei einem Schlaganfall zuverlässig geholfen werde. Das gehe nämlich nur dort, wo es rund um die Uhr eine Computertomographie-Bereitschaft und eine neurologische Versorgung gebe. Deshalb brauche man die integrierten Notfallzentren an ausgewählten Standorten und die Leitstellen müssten in die geeigneten Kliniken steuern. In Zukunft sollten Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt nur dort behandelt werden, wo die entsprechenden Voraussetzungen auch erfüllt seien. Außerdem müssten die Patienten besser informiert und aufgeklärt werden. Dafür brauche es Patienteninformationen und Aufklärungskampagnen. Diese müssten mehrsprachig und in einfacher Sprache gehalten sein. Es müsse zum Beispiel in YouTube-Videos erklärt werden, wo man welche Hilfe bekomme und was man selber tun könne. So könne man zum Beispiel einen Zeckenbiss leicht selbst behandeln und müsse deswegen keine Notaufnahme aufsuchen. Es sei dabei von entscheidender Bedeutung, für eine bedarfsgerechte Steuerung den Patienten ihre Ängste zu nehmen.

**SV Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband) konstatiert, man sei sich einig darin, dass Überlastungen in den Notaufnahmen verhindert werden müssten. Die DKG, die Fachgesellschaft, der Sachverständigenrat und auch der GKV-Spitzenverband seien der Meinung, dass ein gemeinsamer Tresen gebraucht werde. Das heiße, die Notdienstpraxis der KV müsse im Haus sein. Die KVen müssten also verpflichtet werden, auch im Krankenhausbereich die Sicherstellung zu organisieren. Ein Krankenhaus, das keine Notfallpraxis habe, dürfe keine Notfallaufnahme betreiben. Es sei in diesem Zusammenhang richtig, dass es zu viele Krankenhäuser mit Notfallaufnahmen gebe.

**SV Dr. Torsten Fürstenberg** (GKV-Spitzenverband) ergänzt, man brauche eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten. Damit könne man bereits extrem viele Fälle aus den Notdienststellen der Krankenhäuser raushalten.



SV **Daniel Labes** (Aktion: Notaufnahmen retten) merkt an, die Menschen suchten häufig die Notaufnahmen auf, da sie in der ambulanten Versorgung keinen Termin bekämen. Die Ursache liege darin, dass die KVen ihrem Versorgungsauftrag nicht nachkämen. Bei den geforderten integrierten Notfallzentren sei die personelle Ausstattung entscheidend. Diese Frage müsse in einem ersten Schritt geklärt werden. Zur Frage der dringendsten Probleme erklärt er, in erster Linie müsse eine verbindliche Personalbemessung sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite festgelegt werden. Zurzeit gebe es eine gefährliche, konstante Unterbesetzung. Es würden zu viele Patienten mit zu wenig Personal versorgt. Ein wichtiger Punkt sei die Stärkung der Meldesysteme. So müsse es eine Rückmeldung geben, welche Ressourcen in einer Klinik überhaupt noch verfügbar seien. Dies geschehe aktuell nicht. Dies sei für Patienten gefährlich, da eine ausbleibende Versorgung aufgrund einer Überlastung lebensbedrohlich sein könne. Deshalb müssten digitale Strukturen einführt werden, die die Patientenverteilung optimierten. Die Welle der Atemwegserkrankungen in diesem Herbst und Winter sei eine Ausnahmesituation, mit der ein Notfallsystem aber umgehend können müsse. Daher dürfe das Personal im Normalbetrieb nicht knapp sein. Die Notfallpauschale, die zurzeit gezahlt werde, sei insuffizient und reiche nicht aus. Eine Vorhaltepauschale wäre sinnvoller. Diese müsse sich aber an Patientenkontakten und nicht an Fallzahlen orientieren. Nur so würden die Patientenkontakte bei der Personalberechnung und der finanziellen Ausstattung berücksichtigt.

Abg. **Dr. Andreas Philippi** (SPD) fragt, was getan werden müsse, damit mit den KVen gemeinsame Tresen eingerichtet würden. Weiter führt er aus, in einem Modellprojekt seien Gemeindenotfallsanitäter beobachtet worden. Man habe dabei festgestellt, dass bis zu 50 Prozent der Patienten vor der Notaufnahme vernünftig behandelt und mit einem Termin versorgt beziehungsweise in eine solche Form gebracht werden könnten, sodass sie die Notaufnahme nicht belasten würden. In den Städten sei die Inanspruchnahme von Gemeindenotfallsanitätern wesentlich höher als in den Landkreisen gewesen. Da stelle sich die Frage, ob sich zum Beispiel der GKV-Spitzenverband vorstellen könne, dass akademisierte Notfallsanitäter nur solche Aufgaben betreuten, die hinterher auch abgerechnet werden

könnten. Im föderalen System der Rettungswagen werde er nur dann bezahlt, wenn er im Krankenhaus abliefern. Auch das sei ein Problem.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU) fragt Prof. Dr. Neumeyer, welche Vorschläge sie von der Regierungskommission für die Krankenhausreform hinsichtlich der Notfallversorgung erwarte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) betont, eine Verlässlichkeit in der Zusammenarbeit von vertragsärztlicher Versorgung und stationärer Notfallversorgung sei entscheidend. Er fragt, ob eine Verfügbarkeit einer vertragsärztlichen Komponente rund um die Uhr notwendig sei und inwieweit in der Ausgestaltung einer Notfallreform insbesondere auch der Versorgungsbedarf vulnerabler Gruppen, sei es mit einem gesteigerten Pflegebedarf oder mit psychischen Erkrankungen, noch stärker Rechnung getragen werden könne, wenn diese einen wesentlichen Anteil der gestiegenen Notaufnahmen darstellten.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP) fragt, ob der GKV-Spitzenverband bereit wäre, die Mehrkosten der hier angesprochenen und notwendigen Reformen im ambulanten Bereich zu tragen.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD) begrüßt die Anregungen zu einer besseren Verteilung im Vorfeld sowie eines gemeinsamen Tresens. Er plädiert dafür, die Vernetzung der genannten beteiligten Akteure zu verbessern.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.) fragt, wie die aktuelle Vergütung von Notaufnahmen eingeschätzt werde und welche Änderungen notwendig seien.

SVe **Prof. Dr. Henriette Neumeyer** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)) fasst zusammen, ein wichtiger Aspekt sei, die Vorlast des Systems der Notaufnahmen zu senken. Dafür brauche man eine vernünftige Patientenlenkung mit einer einheitlichen Ersteinschätzung. Weiter sei eine Vernetzung der Datenverfügbarkeit über diese Ersteinschätzung am Ort der Versorgung nötig. Das sei eine Frage der intersektoralen Dienstzuständigkeit



sowohl in der Betreuung der Patienten vorher als auch danach. Es müsse zudem überlegt werden, wie diese Maßnahmen in Zukunft finanziert werden könnten. Es sei wichtig, dass es dabei nicht um eine Mehrleistung, sondern eine Andersleistung gehe. Während der Corona-Krise hätten die Krankenhausstandorte Überlastungen sehr gut im Einvernehmen mit dem Rettungsdienst geregelt, aber in der Regelversorgung griffen diese Mechanismen nicht mehr, sodass diese Barrieren aufgebrochen werden müssten. Von diesen Best Practices könne man lernen und diese strukturell in der Versorgung verfügbar machen. Angesichts des Personalmangels sei eine Bündelung der Ressourcen sinnvoll. In manchen Gebieten sei die vertragsärztliche Versorgung stärker, in manchen schwächer. Das müsse realistisch vor Ort mit ein wenig „Beinfreiheit“ ausgestaltet werden. Das sei auch ein wesentlicher Punkt für die Finanzierung. Das System sei derzeit nicht dafür geschaffen, derart viele ambulante Fälle im Krankenhaus zu behandeln. Daher müssten diese mit ausreichend Personal ausgestattet werden. Dies müsse mit weiteren Maßnahmen über die Änderungspauschale hinaus geschehen.

SV **Martin Pin** (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e. V.) führt weiter aus, die KVen müssten unbedingt für eine Verfügbarkeit an den Krankenhäusern rund um die Uhr sorgen. Das gelte insbesondere für die Häuser der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung. Was die Versorgung von vulnerablen Patientengruppen oder auch Patienten mit psychiatrischen Grunderkrankungen angehe, müssten in den Notaufnahmen entsprechende Fachkräfte zur Verfügung stehen. Die Steuerung müsse so funktionieren, dass die Menschen, auch die Mitbürgerinnen und Mitbürger aus anderen Kulturkreisen, diese auch verstünden. In keinem anderen Land der Welt gebe es eine so komplexe Steuerung und ein so komplexes System wie in Deutschland. Die Notfallversorgung brauche zudem ein sektorenunabhängiges, eigenes Budget, das die Vorhaltekosten entsprechend abbilde.

ESV **Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach** hält fest, die jetzige Versorgung sei nicht bedarfsgerecht, zu kompliziert, ineffizient und zu teuer. Es gebe Über-, Unter- und Fehlversorgungen und die Beschäftigten und Patienten befänden sich in Hamsterrädern.

Er appelliert, alle Reformmaßnahmen aus Sicht des Patienten zu sehen. Es reiche nicht aus, nur an den Rettungsstellen anzusetzen, sondern man müsse das Gesamtsystem für eine umfassende Reform sehen. Die Stichworte seien Ersteinschätzung, Digitalisierung, Strukturierung und Vereinheitlichung. Schließlich sollten integrierte Notfallzentren an ausgewählten Krankenhausstandorten eingerichtet werden.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband) stimmt zu, es brauche Kooperationsverpflichtungen von Krankenhäusern und KVen am Krankenhaus. Ob dies rund um die Uhr möglich sei, müsse geprüft werden, da fünf Ärzte gebraucht würden, um eine Praxis zu betreiben. Unbedingt benötigt werde aber eine rechtssichere Triage. Wenn ein Patient nicht zum Krankenhaus gefahren werde, brauche der Sanitäter eine klare Regelung, wann er Nein sagen dürfe, ohne hinterher wegen ärztlicher oder nichtärztlicher Fehler juristisch belangt zu werden. Dies sei wichtig, damit die Notwendigkeit wegfalle, den Patienten unbedingt in das Krankenhaus zu bringen.

SV **Dr. Torsten Fürstenberg** (GKV-Spitzenverband) erläutert, flexiblere Sprechstunden bei den Vertragsärzten seien bereits heute mehr als auskömmlich finanziert. So gebe es als finanziellen Anreiz einen Zuschlag für Samstagssprechstunden.

SV **Daniel Labes** (Aktion: Notaufnahmen retten) gibt zu bedenken, dass die Verpflichtung, zuerst die 116 117 anzurufen, problematisch sein könne, da viele Patienten gar nicht mehr in der Lage seien, selbst anzurufen. Man brauche vor allem in den Pflegeeinrichtungen eine bessere ärztliche Versorgung, da ein Großteil der Patienten schwere und schwerste Pflegefälle seien, die aus Pflegeeinrichtungen kämen, weil dort die ärztliche Versorgung so schlecht sei, dass sie zu Notfallpatienten würden. Außerdem müssten verbindliche Qualitätskriterien für die Definition der Überlastung einer Notaufnahme festgelegt werden. Dafür würden sich die Arztkontaktzeiten eignen, also der Zeitpunkt, zu dem ein Patient ärztlich behandelt werden müsse. Weiter müsse es technisch ermöglicht werden, dass zu jeder Zeit ein Überblick über die Kapazitäten der Krankenhäuser vorhanden sei. Dann sei klar,



wo zum Beispiel ein Herzkatheterlabor oder ein Schockraum verfügbar sei. Erst bei entsprechender Verfügbarkeit dürften Fahrzeuge mit Notfallpatienten dorthin geschickt werden.

### Tagesordnungspunkt 6

Bericht der Bundesregierung zur aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Infektionen unter Berücksichtigung der Situation in der Volksrepublik China und den USA sowie zur infektiologischen Lage bei Atemwegserkrankungen in Deutschland  
Selbstbefassung S-20(14)48

PStS **Prof. Dr. Edgar Franke** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) berichtet, die bundesweite 7-Tage-Inzidenz sei im Vergleich zur Vorwoche um 35 Prozent gesunken. Am Vortag seien rund 17 000 Infektionen registriert worden und die Inzidenz habe bei 87 gelegen. Auch die Hospitalisierungszahlen von auf Corona positiv getesteten Patienten seien gesunken. Der Anteil der COVID-19-Belagungen liege bei allen betreibbaren Intensivbetten unter fünf Prozent. Nach § 28 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz bestehe im Fernverkehr und in den weiter dort genannten Einrichtungen zwar noch die Maskenpflicht bis zum 7. April 2023, sie solle aber vorzeitig zum 2. Februar 2023 ausgesetzt werden. Ein entsprechender Verordnungsentwurf befinde sich in der Ressortabstimmung. Die Maskenpflicht sei zwar im öffentlichen Nahverkehr Ländersache, 11 von 16 Ländern hätten jedoch bereits jetzt keine Maskenpflicht mehr. Es sei deshalb davon auszugehen, dass diese Pflicht nun insgesamt am 2. Februar 2023 enden werde, damit es einheitliche Regeln in Deutschland ab diesem Zeitpunkt sowohl im Fern- als auch im Nahverkehr gebe. Auch das Abwassermonitoring zeige gleichbleibende oder fallende Werte. Die Verbreitung akuter Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung sei ebenfalls zurückgegangen, auch bei Kindern. Der aktuelle Wert liege im Bereich der vorpandemischen Jahre um diese Zeit. Influenzaviren verursachten weiterhin den Hauptteil der aktuellen Atemwegserkrankungen. Unter kleinen Kindern erlebe man gerade eine ausgeprägte RSV (Respiratorisches Synzytial-Virus)-Welle, deren Höhepunkt aber möglicherweise bereits erreicht sei. Das BMG habe kurzfristige Maßnahmen ergriffen. So würden Personaluntergrenzen jetzt nicht mehr überprüft.

PStSn **Sabine Dittmar** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, die Lage in China sei aktuell sehr schwer zu bewerten, da die offiziellen Fall- und Todeszahlen die tatsächliche Infektionslage ganz sicher unterschätzten. Die Fallberichtserstattungen seien Ende Dezember 2022 durch die zuständigen Behörden in China nahezu eingestellt worden. Laut Medienberichten werde geschätzt, dass sich zwischen dem 1. und 20. Dezember 2022 etwa 248 Millionen Menschen mit SARS-CoV-2 infiziert hätten und in der Woche um Weihnachten an einem Tag etwa 37 Millionen. Man habe keine ausreichenden oder verlässlichen Sequenzierungsdaten zum Variantenvorkommen übermittelt bekommen. Die letzten veröffentlichten Daten zum Variantenvorkommen basierten auf lediglich 2 444 Proben, die seit dem 1. Dezember sequenziert worden seien und demnach kursierten hauptsächlich Omikron-Sublinien, die in Deutschland und Europa bereits Teil des Infektionsgeschehens seien. Aus bestimmten Gebieten gelte für alle Einreisenden in das Bundesgebiet ab zwölf Jahren eine Testpflicht mit einem PoC-Antigen-Test vor Abflug nach Deutschland. Ziel sei es, das Infektionsrisiko schon bei Einreise zu verringern. Es sei bedauerlich, dass China nach wie vor seine Daten nicht zur Verfügung stelle. Ergänzend zu der Einreiseverordnung führe man eine Abwasserbeprobung am Flughafen Frankfurt/Main durch. Diese Woche habe man begonnen, das Abwasser direkt im Flugzeug zu testen. In den USA breite sich vor allem im Nordosten des Landes die Omikron-Variante XBB.1.5 aus. Nachweise dieser Variante seien zwischenzeitlich auch in Deutschland und in europäischen Nachbarländern gemeldet worden. Erste wissenschaftliche Ergebnisse deuteten darauf hin, dass XBB.1.5 einen Vorteil im Hinblick auf seine Übertragbarkeit gegenüber der vorherrschenden Variante habe. Es sei allerdings noch unklar, ob dieser bislang im Labor nachgewiesene Wachstumsvorteil sich auch bei der Ausbreitung in der Bevölkerung bestätige. Deswegen müsse man abwarten, wie sich das Infektionsgeschehen entwickle und ob schwerere Erkrankungen aufträten.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU) fragt, aus welchen Komponenten sich das angekündigte Varianten-Monitoring für Einreisen aus der Volksrepublik China zusammensetze und ob bereits Ergebnisse



vorlagen<sup>1</sup>. Weiter erkundigt er sich, wann mit einer Nachfolge des bisherigen Präsidenten beim Robert Koch-Institut (RKI), Prof. Dr. Wieler, zu rechnen sei und welche Anforderungen mögliche Kandidatinnen oder Kandidaten erfüllen müssten.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) merkt an, es sei ausgesprochen besorgniserregend, dass es 2022 eine Übersterblichkeit von fast 90 000 Menschen gegeben habe. Es gebe, trotz insgesamt positiver Entwicklung der Infektionsdynamik, weiterhin eine anhaltende Übersterblichkeit. Er fragt, wie diese zu erklären sei.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP) fragt, ob die zugelassenen Antigen-Tests die Variante XBB.1.5 erfassen könnten. Weiter interessiert sie, ob in Europa bezüglich der Einreisen aus China zusammengearbeitet werde.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD) fragt, ob aufgrund auftretender Nebenwirkungen die Zulassungen der Impfstoffe überprüft worden seien. Weiter möchte sie wissen, ob das RKI zu einem unabhängigen Institut gemacht werden solle.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.) fragt, auf welcher Faktenlage die Bundesregierung entscheide, ob eine Maskenpflicht im Öffentlichen Personenverkehr festgelegt werde. Weiter erkundigt sie sich, welche Regelungen zur Isolationspflicht gelten sollten und ob erkrankte Personen die Tests selbst bezahlen müssten, um wieder arbeiten gehen zu können.

PStSn **Sabine Dittmar** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erklärt, das RKI werde derzeit kommissarisch von Prof. Dr. Lars Schaade geleitet. Es werde ein offizielles Ausschreibungsverfahren geben. Es sei die Neueinrichtung eines Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit geplant. Dazu liefen derzeit die Abstimmungsgespräche innerhalb der Bundesregierung. Das RKI habe seine Empfehlungen stets auf wissenschaftlicher Basis abgegeben. Politische oder wirtschaftliche Erwägungen hätten dabei keine Rolle gespielt. Die zugelassenen

Antigen-Tests würden die XBB.1.5-Variante erkennen. Es gebe ein sehr differenziertes und qualifiziertes Zulassungsverfahren für Arzneimittel und auch für den Umgang mit Nebenwirkungen. Aus Ihrer Sicht sei dies alles rechtmäßig abgelaufen. Zur Maskenpflicht sei zu sagen, dass es eine Halbierung der Inzidenzen in Vergleich zum Dezember 2022 gebe und auch die Abwasseruntersuchungen zeigten einen deutlichen Abwärtstrend bei den Infektionszahlen. Daher sei es möglich, die Maskenpflicht zum 2. Februar 2023 aufzuheben.

**Heiko Rottmann-Großner** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt weiter aus, die Beschäftigten in medizinischen Einrichtungen und in Pflegeeinrichtungen könnten sich auch nach der neuen Testverordnung weiterhin kostenlos freitesten lassen. Die Daten würden von allen europäischen Staaten und auch von den USA zur Verfügung gestellt, sodass hier Transparenz herrsche.

Präsident (kommissarisch) **Prof. Dr. Lars Schaade** (Robert Koch-Institut (RKI)) erläutert, die Übersterblichkeit im Dezember sei vor allem auf die sehr starken parallelen Influenzawellen zurückzuführen. RSV sei nicht nur für Kleinkinder ein Problem, sondern auch für hochaltrige Menschen und insbesondere für über 80-Jährige. Vonseiten des RKI sei eine detailliertere Auswertung dieser Übersterblichkeit nicht möglich. Das werde die Todesursachenstatistik erbringen, die vom Statistischen Bundesamt mit einigen Monaten Zeitverzögerung ausgewertet werde.

Präsident **Prof. Dr. Klaus Cichutek** (Paul-Ehrlich-Institut (PEI)) betont, man habe die Sensitivität der Antigen-Schnelltests im Hinblick auf die Erkennung von Omikron-Linien untersucht. Dabei sei deutlich geworden, dass die Erkennung weiterhin gut sei und nicht abfalle. Bei der XBB-Linie gebe es keine neuen Mutationen, die diese Sensitivität gefährden könnten. Daher gebe es auch keine Gründe anzunehmen, dass diese Linie nicht erkannt werde. Die teils millionenfachen Untersuchungen zu den COVID-19-Impfstoffen und den Nebenwirkungen führten zu dem Schluss, dass es ein günsti-

<sup>1</sup> Anlage 1 Ausschussdrucksache 20(14)78



ges Verhältnis von Nutzen und Risiko bei allen zugelassenen COVID-Impfstoffen gebe, sodass kein Änderungsbedarf bestehe.

### Tagesordnungspunkt 7

Bericht der Bundesregierung zum aktuellen Sachstand des Verfahrens zur geplanten Legalisierung von Cannabis

Selbstbefassung S-20(14)49

PStSn **Sabine Dittmar** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) berichtet, die Bundesregierung habe am 26. Oktober 2022 Eckpunkte zur Einführung einer kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken beschlossen, die auch als Grundlage für die Erstellung eines Gesetzentwurfes dienen sollten. Ziel der Bundesregierung sei, durch eine kontrollierte Abgabe von Genusscannabis den Jugend- und Gesundheitsschutz für Konsumentinnen und Konsumenten zu verbessern sowie den Schwarzmarkt und die organisierte Drogenkriminalität einzudämmen. Im Eckpunktepapier seien dazu zahlreiche Maßnahmen des Gesundheits-, Verbraucher- und Jugendschutzes vorgesehen. Aktuell werde ein Gesetzentwurf, an dem sehr viele Ministerien beteiligt seien, erstellt. Man befinde sich also in den ressortübergreifenden Abstimmungen und Konkretisierungen der im Eckpunktepapier enthaltenen Maßnahmen. Bei der Umsetzung des Koalitionsvorhabens seien selbstverständlich die völker- und europarechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Die Bundesregierung habe ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben, um anhand der Erfahrungen in anderen Staaten die Auswirkungen einer kontrollierten Abgabe vor allem auf den Jugend- und Gesundheitsschutz zu prüfen. Man gehe davon aus, dass das Gutachten Anfang April vorliegen werde.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU) bekräftigt, ihre Fraktion spreche sich aus den verschiedensten Gründen gegen einer Freigabe von Cannabis zu Genusszwecken aus. Man nehme die Gefahren für Kinder und Jugendliche und natürlich auch für die erwachsenen Konsumenten sehr ernst. Eine Freigabe stehe dem Ziel des Gesundheitsschutzes entgegen. Auch könne der Schwarzmarkt durch eine Legalisierung genauso wenig wie durch eine Entkriminalisierung nicht ausgetrocknet werden. Man

sehe im Gegensatz dazu sogar eine Gefahr für das Medizinalcannabis, was einen sehr guten Nutzen habe. Eine seriöse Bewertung dessen, was die Bundesregierung plane, sei leider noch nicht möglich, da das vorgestellte Eckpunktepapier dafür keine Grundlage sei. Sie frage, wann die Bundesregierung den angekündigten Gesetzesentwurf vorlegen werde und wann mit dem EU-Notifizierungsverfahren zu rechnen sei.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD) begrüßt das angekündigte Verfahren und betont, eine Freigabe werde den Gesundheitsschutz nicht verschlechtern, sondern deutlich verbessern. Im Eckpunktepapier finde sich leider kein Hinweis zur Frage der sogenannten Cannabis Social Clubs, also eines möglichen Eigenanbaus in einer vereinsähnlichen Struktur. Diese Variante werde auch durch andere europäische Länder vorangebracht. Er frage, welche Pläne es in diese Richtung gebe.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP) erklärt, ihre Fraktion stehe hinter dem im Koalitionsvertrag vereinbarten Ziel der Legalisierung von Cannabis zu Genusszwecken für Erwachsene mit einer kontrollierten Abgabe, auch mit Blick auf den Jugend-, Gesundheits- und Verbraucherschutz und die organisierte Kriminalität. Sie frage, wie die für die EU- und völkerrechtlichen Fragestellungen zuständigen Ministerien, das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz sowie das Auswärtiges Amt, den aktuellen Sachstand beurteilten.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD) verweist darauf, dass es verschiedene Studien gebe, wonach Cannabis, wenn es während der Wachstumsphase des Gehirns konsumiert werde, erhebliche Schäden verursachen könne. Diese Wachstumsphase ende wohl erst mit dem 25./26. Lebensjahr. Er frage, inwiefern dieser Umstand in die Überlegungen einfließe und ob ein Mindestalter für die Abgabe festgelegt werden solle.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.) frage, wie vorgegangen werden solle, wenn eine Legalisierung aufgrund von EU- oder völkerrechtlichen Vorgaben nicht möglich sein sollte. Weiter möchte er wissen, ob es Grenzen für den THC-Gehalt geben werde



und wie die Frage des Autofahrens unter dem Einfluss von Cannabis geregelt werden solle. Seine Fraktion unterstütze die Pläne zur Legalisierung von Cannabis.

Die **stellvertretende Vorsitzende** betont als Berichterstatterin der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, ihre Fraktion sei sehr für die Freigabe von Cannabis für Erwachsene, insbesondere aus Gründen des Gesundheits- und Jugendschutzes. Kanada habe vor fünf Jahren die Freigabe legalisiert und damit gute Erfahrungen beim Jugendschutz gemacht. Auch sinke der Konsum aus illegalen Quellen. Sie fragt, wann genau mit dem Gesetzentwurf zu rechnen sei.

PStSn **Sabine Dittmar** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) sagt, man beschäftige sich derzeit im Ressortkreis intensiv mit den aufgeworfenen Fragen. Der zeitliche Ablauf sei aufgrund der Komplexität der Thematik sehr schwer vorhersehbar. Minister Lauterbach strebe an, noch im ersten Quartal des Jahres einen Entwurf vorzulegen. Die Erkenntnisse des erwähnten Gutachtens sowie aus zum Beispiel Kanada würden in den Gesetzentwurf einfließen. Gegebenenfalls werde man den Entwurf der EU zur Bewertung vorlegen.

**Lena Krampe** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) bekräftigt, Gesundheits- und Jugendschutz hätten oberste Priorität, weswegen man das erwähnte Gutachten in Auftrag gegeben habe. Auf diese Weise hoffe man, mit Evidenz aus anderen Staaten Anfang April gegenüber der EU-Kommission vertreten zu können, dass dieser Ansatz im Sinne des Gesundheits- und Jugendschutzes ein gangbarer Weg sei. Man stehe zu den europa- und völkerrechtlichen Fragen auch in einem sehr engen Austausch mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat, dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Das treffe sowohl auf die Fach- als auch auf die Ministerebene zu. Man sei dabei, zum Beispiel Fragen zum genossenschaftlichen Anbau oder zur Begrenzung der THC-Werte für junge Erwachsene bis einschließlich 21 Jahre zu klären. Es gebe diverse Prüfaufträge im Eck-

punktepapier, die im Ressortkreis abgestimmt werden müssten.



### Tagesordnungspunkt 8

Gesetzentwurf der Abgeordneten Ates Gürpınar, Thomas Lutze, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

#### **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes – Entkriminalisierung von Cannabis**

#### **BT-Drucksache 20/2579**

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.) erklärt, der Antrag sei nach wie vor aktuell, da, wie eben deutlich geworden sei, unklar bleibe, wann die Koalition ihren Gesetzentwurf zur Legalisierung von Cannabis vorlegen werde. Die hier vorgesehene Entkriminalisierung sei auf diesem Weg ein erster Schritt, dem dann weitere folgen müssten.

### Tagesordnungspunkt 9

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

#### **Endometriose – Endlich verstehen, behandeln, erforschen, begleiten**

#### **BT-Drucksache 20/4308**

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU) erläutert, fast 15 Prozent der weiblichen Bevölkerung sei von Endometriose betroffen. Daher habe man diesen Antrag eingebracht, dessen Ziel die Erarbeitung einer nationalen Strategie gegen Endometriose sei. Die Ziele seien mehr Aufklärung und Prävention, die Stärkung von Endometriosezentren und eine Etablierung von Forschungs- und Behandlungsstrukturen. Es bestehe ein überparteiliches Interesse bei diesem Thema Fortschritte zu erzielen. Es gebe bereits entsprechende Signale aus dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, das ohne Verzögerung Mittel für diesen Zweck zur Verfügung gestellt habe. Nun liege es an den handelnden Personen in den Forschungseinrichtungen, die Bemühungen in diesem Gebiet zu intensivieren. Sie wünsche sich eine Zusammenarbeit über die Parteigrenzen hinweg.

*Der Ausschuss beschließt einstimmig, zu dem Antrag auf Drucksache 20/4308 eine öffentliche Anhörung durchzuführen.*

### Tagesordnungspunkt 10

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

#### **Zahntechnikerhandwerk in Deutschland zur Sicherstellung der Patientinnen- und Patientenversorgung unterstützen und zukunftsfest machen**

#### **BT-Drucksache 20/4884**

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU) betont, mit diesem Antrag wolle man auf die Gesundheitshandwerke aufmerksam machen. Insbesondere gehe es hier um die Zahntechniker, die ein Schattendasein führten, die Menschen aber mit hochwertigem Zahnersatz versorgten. Dieser wichtige Beruf gerate in Gefahr unterzugehen. Derzeit dürften Vergütungen von Leistungen im Zahntechnikerhandwerk nur um die jeweiligen Steigerungen der Grundlohnsummenrate angehoben werden. Damit seien betriebswirtschaftlich notwendige Vergütungsanpassungen für diesen Handwerksberuf nicht möglich. Die Grundlohnsummensteigerung habe dabei keinen originären Zusammenhang zu den tatsächlichen Kostensteigerungen für diesen zahntechnischen Bereich. Das heiße, es gebe viele Zahntechniker, die ihre Leistungen teilweise nicht mehr sicherstellen könnten, da sie unter zu hohen Kosten litten. Zudem gebe es bisher auch keine Angleichung Ost an West. Ziel sei es, die Attraktivität des Zahntechnikerberufs wieder zu steigern, da diese Berufsgruppe gebraucht werde. Eine massive Abwanderung ins Ausland müsse verhindert werden, weil deutsche Qualitätsarbeit in diesem Bereich und eine Versorgung vor Ort wichtig seien. Es gehe darum, dass die Kosten und Inflationseffekte dementsprechend berücksichtigt würden. Dieser Antrag zielen also darauf ab, dieses Gesundheitshandwerk zu schützen und zu stärken und demzufolge die Qualität in Deutschland aufrecht zu erhalten.

*Der Ausschuss beschließt einstimmig, zu dem Antrag auf Drucksache 20/4884 eine öffentliche Anhörung durchzuführen.*

### Tagesordnungspunkt 11

Vor- und Nachbericht zur EPSCO-Ratstagung am 9. Dezember 2022 in Brüssel

Selbstbefassung S-20(14)46



PStSn **Sabine Dittmar** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) berichtet, die EPSCO-Sitzung habe unter tschechischem Vorsitz stattgefunden. Es habe einen sehr engagierten Meinungsaustausch der EU-Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister zum Thema Impfstoffbeschaffung gegeben. Die EU-Kommission und die Mitgliedstaaten seien sich weitgehend einig gewesen, dass die gemeinsame Impfstoffbeschaffung ein großer Erfolg gewesen sei. Allerdings hätten sich die pandemische Situation und die Wirtschaftslage grundlegend geändert, sodass einige Mitgliedstaaten auf die hohen finanziellen Belastungen aufgrund des Angriffskrieges in der Ukraine hingewiesen hätten. Die wortnehmenden Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister hätten vor diesem Hintergrund mehr Flexibilität von den liefernden Pharmafirmen hinsichtlich der Liefermenge und des Lieferzeitpunktes eingefordert. Perspektivisch habe sich eine Reihe von Mitgliedstaaten vor allem aus dem mittel- und osteuropäischen Raum dafür ausgesprochen, wieder zu den regulären, nationalen Beschaffungswegen zurückzukehren. Begrüßt worden sei von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Stärkung der Prävention durch Früherkennung. Dabei gehe es um neue Ansätze für das Krebs-Screening, die in Deutschland, was die Mammographie angehe, vorzeitig in den nationalen Plan zur Krebsbekämpfung übernommen worden seien. Von besonderem Interesse sei der Bericht des tschechischen Vorsitzes über den Fortschritt der Verhandlungen des europäischen Verordnungsvorschlages über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten. Die wortnehmenden Mitgliedstaaten und darunter auch Deutschland hätten die Bedeutung dieses Vorschlags hervorgehoben. StS Dr. Steffen habe auf offene Fragen und Verbesserungspotenziale im Vorschlag vor allem im Hinblick auf die Primär- und Sekundärdatennutzung hingewiesen und Flexibilität für die nationale Ausgestaltung eingefordert, damit an bereits bestehende oder sich im Aufbau befindliche Strukturen angeknüpft werden könne. Ein wichtiges Thema, das in der Sitzung allerdings nur unter dem TOP Verschiedenes behandelt worden sei, sei die Umsetzung der EU-Medizinprodukteverordnung (Medical Device Regulation MDR)) gewesen. Minister Lauterbach habe in der letzten Ausschusssitzung vor Weihnachten erste Tendenzen dazu berichten können,

weil Deutschland in dieser Frage sehr initiativ sei und am Fortgang der Beratungen und an einer Lösung der Problematik gearbeitet habe. Die EU-Kommission habe in der letzten EPSCO-Sitzung eine zielgerichtete Verlängerung der Übergangsfristen für Bestandsprodukte mit gestaffelten Fristen je nach Risikoklasse angekündigt. Das heiße, Medizinprodukte mit einem hohen Risiko, Herzschrittmacher zum Beispiel, hätten eine Fristverlängerung bis 2027 und Medizinprodukte mit geringerem Risiko bis zum Jahr 2028 bekommen. Erfreulich sei, dass zwischenzeitlich ein Legislativvorschlag von der EU-Kommission vorgelegt worden sei. Im Sinne der Versorgungssicherheit sei nun wichtig, dass dieser Rechtssetzungsvorschlag sowohl vom Europäischen Parlament und vom Rat im Wege des beschleunigten Mitentscheidungsverfahrens zügig angenommen werde. Es gebe bekundeten Anlass dazu, dass das auch so passiere. Deutschland habe das EU-Portal CTIS (Clinical Trials Information System) für die künftigen Anträge auf Genehmigung von klinischen Prüfungen für Humanarzneimittel auf die Tagesordnung gesetzt. In den letzten Wochen seien Hinweise eingegangen, dass es bei der Realisierung des Portals erhebliche technische Probleme gebe. StS Dr. Steffen habe mit Blick auf den Ablauf der Übergangszeit zum 31. Januar 2023 darauf hingewiesen, dass eine gute Funktionalität nötig sei. Falls dies nicht gesichert werden könne, müssten die Fristen verlängert werden. Dafür habe es viel Unterstützung von den Mitgliedstaaten gegeben. Allerdings hätten sich sowohl die EU-Kommission als auch die EMA (European Medicines Agency – Europäische Arzneimittel-Agentur) sehr zuversichtlich gezeigt, dass sie die Funktionalität von CTIS gewährleisten könnten. In dieser Frage müsse man die weiteren Entwicklungen abwarten.<sup>2</sup>

Abg. **Nezhat Baradari** (SPD) bittet das BMG, bei der MDR auf ein schnelles Vorgehen zu dringen. So gebe es zum Beispiel bei Kinderherzkathetern eine sehr prekäre Lage in Deutschland. Diese Medizinprodukte, die in geringer Anzahl benötigt würden, müssten in sehr komplizierten Verfahren aus dem Ausland, zum Beispiel aus den USA, bestellt werden. Daher sei es wichtig, dass innerhalb der EU die Strukturen geschaffen würden, um die Produktion in die EU zu verlagern. Hier müsse langfristig gedacht werden. Bei der nächsten EPSCO-Tagung

<sup>2</sup> Anlage 2 Ausschussdrucksache 20(14)79



müsse im Hinblick auf Antibiotika und vor allem Kinderarzneimittel auf die europäische Zusammenarbeit geschaut werden. So gebe es hierzulande große Probleme, einfache Medikamente wie Paracetamol oder Ibuprofen für Kinder zu beschaffen, während es diese Medikamente in Nachbarländern wie die Niederlande zu günstigen Preisen zuhauf gebe. Diese Probleme müssten im europäischen Verbund gelöst werden.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU) fragt, ob zu erwarten sei, dass die vorgesehenen Fristen für die MDR tatsächlich umgesetzt würden. Viele Unternehmen müssten nun entscheiden, ob sie weiter produzieren oder vom Markt gingen. Weiter erkundigt er sich nach den Regularien für Medizinprodukte für seltene Erkrankungen. Auch möchte er wissen, ob Corona-Impfstoffe, die hier nicht benötigt würden, an den globalen Süden abgegeben würden.

Abg. **Johannes Wagner** (DIE GRÜNEN) fragt, ob Deutschland die Ratsempfehlungen zur Stärkung der Prävention durch Früherkennung gemäß Krebsrichtlinie vollständig umgesetzt habe. Weiter fragt er nach dem Zeitplan und der geplanten EU-Strategie zur mentalen Gesundheit.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD) merkt an, die Arzneimittelieferengpässe hätten sich in der EU laut Europäischem Parlament zwischen 2000 und 2018 verzehnfacht. Nach den Angaben der EU-Kommission seien vor allem essenzielle Medikamente betroffen. Er fragt, ob dies bei der EPSCO-Tagung ein Thema gewesen sei. In den letzten Monaten habe nicht nur Deutschland, sondern haben auch andere Staaten eine Übersterblichkeit aufzuweisen. Der Grund dafür sei unklar. Er möchte wissen, ob auf der Ratstagung über die Ursachen dafür diskutiert worden sei.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.) erkundigt sich nach dem Non-Paper der Niederlande zur Entwicklung neuer Antibiotika. Weiter möchte sie in Erfahrung bringen, ob die Verordnung zum EHDS (European Health Data Space – Europäischer Raum für Gesundheitsdaten) eine Vielzahl von Ermächtigungen für die EU-Kommission enthalte, zum Beispiel um Delegierte Rechtsakte zu erlassen. Das würde

die EU-Kommission in die Lage versetzen, wichtige Teile der Verordnung nachträglich zu ändern und deren Ziele neu zu definieren. Sie fragt, wie die Bundesregierung die Kritikpunkte von Datenschützerinnen und Datenschützern einschätze, dass die Vorschriften zur primären und sekundären Datennutzung im Entwurf der EU-Verordnung zum EHDS erheblich in das nationale Gesundheitswesen eingriffen und damit eine Kompetenzüberschreitung der EU gegenüber den nationalstaatlichen Kompetenzen darstellten.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP) fragt nach dem Sachstand zu den Substanzen menschlichen Ursprungs.

PStSn **Sabine Dittmar** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) bestätigt, die Umsetzung der MDR und die Schaffung von ausreichend Benannten Stellen habe Priorität. Auf Initiative der Bundesregierung sei die Fristverlängerung auf die Tagesordnung gekommen. Sie gehe davon aus, dass die Ankündigungen der EU-Kommission umgesetzt worden seien. Es sei unklar, wie lang das Verfahren dauern werde und wann die Unternehmen eine rechtliche Klarheit hätten. Sie wisse nicht, ob die Frage der Impfstoffabgabe an den globalen Süden thematisiert worden sei. Im Moment übersteige das Angebot an Impfstoffen die internationale Nachfrage bei weitem. Angebotene Impfstoffe würden nicht abgenommen und auch nicht nachgefragt. Dies betreffe nicht nur Deutschland, sondern auch die EU. Die EU-Krebsrichtlinie sei noch nicht vollständig umgesetzt worden, da sie jetzt erst beschlossen worden sei. Der G-BA befasse sich im Rahmen des nationalen Krebsplans seit längerem mit den Altersgrenzen des Mammographie-Screenings. Zudem sei man bereits recht weit in der Umsetzung einer speziellen Röntgenuntersuchung zur Lungenkrebsfrüherkennung. Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz habe vor dem Hintergrund der Strahlungsbelastung bereits zugestimmt. Die mentale Gesundheit sei nicht Thema gewesen. Die Strategie sei für dieses Jahr angekündigt worden, aber es lägen noch keine Details vor.

**Christoph Wagenblast** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) antwortet zum EHDS, es gebe sehr



viele Ermächtigungen für den Erlass von Delegierten Rechtsakten und Durchführungsrechtsakten. Das sei grundsätzlich nichts Verwerfliches und könne insbesondere bei technischen Fragen sehr sinnvoll sein. Einige davon sehe man ebenfalls kritisch und habe sich im Ressortkreis weitestgehend darauf verständigt, dass diese nach dem Willen der Bundesregierung gestrichen werden sollten. Insgesamt sei das Ziel eine stärkere Mitwirkungsmöglichkeit für die Mitgliedstaaten. Die Kompetenzgrundlagen Datenschutz und Binnenmarkt, die die EU-Kommission aufführe, seien grundsätzlich ausreichend. Natürlich gebe es hier einen starken Bezug zur Kompetenz für Gesundheit, die zum größten Teil bei den einzelnen Mitgliedstaaten liege. Insgesamt aber reiche die Kompetenz für einen europäischen Gesundheitsdatenraum aus. Einzelne Vorschriften seien aus kompetenzrechtlicher Perspektive schwierig. Im Sinne der Beteiligung der Zivilgesellschaft habe es bereits im vergangenen Jahr frühzeitig eine umfangreiche Beteiligung in einem Stakeholder-Prozess zum EHDS und zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz gegeben.

## **Tagesordnungspunkt 12 (Verschiedenes)**

*Keine Beratung*

Schluss der Sitzung: 12:53 Uhr

gez.  
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB  
**Stellvertretende Vorsitzende**