

Antwort der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/14142 –

Einhundert Fragen zur Amtszeit des Bundesministers für Gesundheit

Vorbemerkung der Fragesteller

Am 8. Dezember 2021 wurde Dr. Karl Lauterbach zum Bundesminister für Gesundheit ernannt. Seit diesem Zeitpunkt ist der Bundesgesundheitsminister aufgrund vieler Aktivitäten und Äußerungen zum ständigen Gegenstand von teilweise sehr kontrovers geführten Diskussionen geworden:

Noch im Dezember 2021 wurde von ihm begonnen, im großen Stil Impfstoffe gegen das Coronavirus nachzubestellen. Des Weiteren entstanden im Frühjahr 2022 im Zusammenhang mit der willkürlichen Verkürzung des Genesenenstatus Missverständnisse zwischen dem Robert Koch-Institut (RKI) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), ebenfalls in diesen Zeitraum fielen direkte Interventionen des Bundesgesundheitsministers beim RKI hinsichtlich der Corona-Risikoeinschätzung (www.tagesschau.de/investigativ/ndr-wdr/corona-massnahmen-lauterbach-wieler-100.html). Zeitgleich warb der Bundesgesundheitsminister mit Unterstützung des Bundeskanzlers Olaf Scholz für die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht gegen das Coronavirus. Bis zum November 2024 scheint diesbezüglich allerdings ein Sinneswandel beim Bundesgesundheitsminister eingesetzt zu haben, so bezeichnete er es in einer Talkshow als im Nachhinein „richtig, dass die Impfpflicht abgelehnt wurde“. Gleichzeitig räumte er ein, sein Ton sei in den damaligen Debatten des Deutschen Bundestages „drüber“ und „nicht optimal“ gewesen (www.welt.de/vermishtes/article254577582/Hart-aber-Fair-Ganz-klar-die-richtige-Entscheidung-dass-die-Impfpflicht-abgelehnt-wurde-bekannt-Lauterbach.html).

Als eines der ersten Vorhaben wurde im Frühjahr 2022 das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV = gesetzliche Krankenversicherung) zunächst vom Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach angekündigt, in die Ressortabstimmung gegeben und kurz darauf wieder zurückgezogen. Der Bundesgesundheitsminister distanzierte sich vom Referentenentwurf aus seinem eigenen Haus und kündigte an, „rechtzeitig einen wohlüberlegten Gesetzentwurf vor[zul]egen“ (www.pa-gesundheit.de/pag/22-04-opg-aktuell.html). In dem Gesetz wurden u. a. Regelungen gestrichen, die für die Patienten eine schnellere Terminvergabe zur Folge hatten.

Die Arbeitsweise der Hausleitung im BMG hat nach Ansicht der Fragesteller auch dazu geführt, dass die Arbeitsbelastung für die Mitarbeiter im Haus gestiegen ist. Dieser Fakt wurde im Herbst 2022 auch von der Gleichstellungsbeauftragten vorgetragen, die zugleich bemängelte, die Hausleitung würde

nicht zeitnah auf Vorlagen reagieren, zugleich herrsche ein Umgangston vor, den man früher als asozial beschrieben habe. Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach hatte zuvor in einer Personalversammlung erklärt, die Arbeitsbelastung nehme ab, wenn die Arbeit in guter Qualität abgeliefert würde (www.t-online.de/nachrichten/deutschland/innenpolitik/id_100086926/bericht-lauterbachs-ministerium-im-dauerstress.html). Offenbar hält der Zustand der Unzufriedenheit bei den Mitarbeitern im BMG nach Presseberichten bis zum heutigen Tage nicht nur an, sondern ist sogar noch gestiegen. Die Arbeitsbelastung und der Kommunikationsstil der Hausleitung sind offenbar weiterhin problematisch (www.bild.de/politik/inland/interne-papier-enthueellt-miserable-stimmung-im-lauterbach-ministerium-67487a90fc23cc2c0725ba7c).

Ebenfalls im Herbst 2022 erfolgt die Vergabe der Impfkampagne „Ich schütze mich“ durch das BMG an die SPD-nahe Agentur BrinkertLück, die auch die Wahlkämpfe der SPD in den Jahren 2021 und 2025 verantwortet. Die Kampagne wurde an BrinkertLück vergeben, obwohl gleichzeitig ein Rahmenvertrag mit der Agentur Scholz & Friends bestand und nachweislich keine Zustimmung dieser Agentur zu einer Unterbeauftragung von BrinkertLück vorlag. Eine vom BMG vorgetragene mündliche Beauftragung und die Einstufung der gesamten Unterlagen als „VS-Vertraulich“ wurde im Nachgang vom Bundesrechnungshof (BRH) massiv gerügt (www.kom.de/meinung/lauterbach-wegen-kampagnenvergabe-unter-druck/).

Im Sommer 2023 wurde ein Hitzeschutzplan präsentiert, der in diesem Jahr nochmals mit weiteren Empfehlungen für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser versehen wurde. Nach Aussagen von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach hätten die Maßnahmen bereits gewirkt, weil die Anzahl der Hitzetoten von 4 500 im Jahr 2023 auf 3 200 im Jahr 2024 gesunken sei (www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/karl-lauterbach-hitze-aktionsplan-fuer-gefaehrlichen-sommer,UDhX3It).

Mit großer Hingabe vorangetrieben wurde die Legalisierung von Genusscannabis, die im Frühjahr 2024 schließlich vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde. Da der Bedarf an Cannabis nach der Legalisierung stark anstieg, die sog. Social Clubs aber erst später zugelassen wurden, ist nach Studien ein illegaler Markt entstanden, der nach Auffassung von Fachleuten zu einem Schub an Kriminalität, insbesondere in grenznahen Bereichen, geführt hat (www.zdf.de/nachrichten/panorama/kriminalitaet/mocro-mafia-cannabis-niederlande-deutschland-100.html).

Das vom Bundesrat im November 2023 im ersten Anlauf in den Vermittlungsausschuss überwiesene Krankenhaustransparenzgesetz diente als rechtliche Grundlage für den Bundes-Klinik-Atlas. Dieser Atlas, der am 17. Mai 2024 online ging, wurde bereits nach wenigen Wochen und heftiger Kritik einer umfassenden Überarbeitung unterzogen, anstelle von 23 000 Diagnosen waren vorerst noch 20 abrufbar (www.tagesschau.de/inland/klinikatlas-erneuert-100.html).

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde im Deutschen Bundestag beschlossen, obwohl die vorher zugesagte Wirkungsanalyse vom BMG nur ausgewählten Abgeordneten der Regierungsfractionen zur Verfügung gestellt wurde (www.bibliomedmanager.de/news/auswirkungsanalyse-tool-ist-schon-in-gebrauch).

Nachhaltige Reformen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind in der laufenden Legislaturperiode nicht vorgenommen worden. Die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind unter dem Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach so stark gestiegen, wie unter keinem seiner Vorgänger. Gleichzeitig behauptet der Bundesgesundheitsminister, er sei der „preisgünstigste Gesundheitsminister für die Krankenkassen“ (www.bild.de/politik/inland/karl-lauterbach-im-interview-deutschland-wird-hunderte-kliniken-verlieren-670fc28bb3637d7cb5b6d0d1). Äußerungen des Bundesgesundheitsministers, eine umfassende Finanzreform in der Pflege werde in dieser Legislaturperiode nicht mehr zu leisten sein (www.rnd.de/politik/gesundheitsminister-karl-lauterbach-im-interview-ueber-finanzierung-der-pflege-und-st

eigende-Y4YWEVSRI5GMXDCQECWR3IFFXQ.html), wurden vom Bundeskanzler im Nachgang zügig korrigiert (www.aerzteblatt.de/nachrichten/151808/Scholz-kuendigt-zuegige-Pflegereform-an). Seither hat auch Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach seine Ansicht hierzu „angepasst“ (www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/lauterbach-pflegereform-100.html). Ein Konzept für die nun doch angekündigte Pflegereform liegt allerdings immer noch nicht vor.

Im Frühjahr 2024 hat das Bundeskabinett den Entwurf des Medizinforschungsgesetzes (MFG) beschlossen, in dem Regelungen zu vertraulichen Erstattungspreisen für Arzneimittel enthalten waren. Nach Presserecherchen scheinen diese Regelungen offenbar auf Wunsch des Pharmaunternehmens Eli Lilly in das Gesetz geschrieben worden zu sein, das seine Entscheidung, am Standort Alzey ein Werk zu errichten, daran geknüpft haben soll. Im Vorfeld dieser Entscheidung war nach Unterlagen, die das BMG nach einem IFG-Antrag (IFG = Informationsfreiheitsgesetz) offenbarte, auch das Bundeskanzleramt involviert (www.pharmazeutische-zeitung.de/geheime-preise-auf-druck-von-eli-lilly-150708/seite/3/?cHash=62cff1211d6bed486d630e643cb07f57). Es gab offenbar mehrere Gespräche des CEO (Chief Executive Officer) des Pharmaunternehmens Eli Lilly mit dem heutigen Bundesminister der Finanzen, auch im Beisein des Bundeskanzlers (vgl. Bundestagsdrucksache 20/12223).

Im Frühjahr 2024 hat das im Geschäftsbereich des BMG befindliche Robert Koch-Institut (RKI) 900 000 Euro in Bargeld jeweils in Höhe von 5 Euro an 180 000 Bürgerinnen und Bürger verschickt, um diese zur Teilnahme an der Studie „Gesundheit in Deutschland“ zu motivieren. Für die Teilnahme an der Studie hat das RKI nochmals eine „Belohnung“ in Höhe von 10 Euro angekündigt (www.wiwo.de/politik/deutschland/geld-per-post-warum-das-robert-koch-institut-180-000-fuenf-euro-scheine-per-post-verschickt-29719806.html).

Die im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP vereinbarte Errichtung einer Bundesstiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) konnte erst mit Verzögerung an den Start gehen (www.aerzteblatt.de/archiv/237687/UPD-Stiftung-Beratung-fruehestens-ab-dem-zweiten-Quartal). Eine mehrmonatige Beratungslücke entstand, und im Vorfeld wurde der gesamten Mitarbeiterschaft der ehemaligen UPD gekündigt, obwohl der Bundesgesundheitsminister im Vorfeld eine „Überführung“ in die Stiftung in Aussicht gestellt hatte (www.aerzteblatt.de/nachrichten/146159/Betriebsuebergang-UPD-Mitarbeiter-wehren-sich-gegen-Kuendigungen).

Neben der Errichtung der UPD-Stiftung versuchte sich die Bundesregierung ebenfalls an der Errichtung eines Public-Health-Institutes, das zunächst unter dem Namen BIPAM (Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin), später unter der Bezeichnung BIÖG (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit) firmieren sollte. Nach Zeitungsmeldungen haben sowohl die Dauer wie auch die Art und Weise des Prozesses dazu geführt, dass in den betroffenen Belegschaften des RKI und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) massive Unzufriedenheit angewachsen ist, es ist sogar davon die Rede, dass beide Behörden in ihrer Arbeit „seit mehr als einem Jahr streckenweise gelähmt“ sein sollen. Auch soll in einer BZgA-Dienstversammlung seitens der Staatssekretärin im BMG Dr. Antje Draheim der Vorwurf des unwissenschaftlichen Arbeitens erhoben worden sein (background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/eine-staerkung-die-es-zu-verkräften-gilt). Nachdem der Prozess sich über Jahre hinzog, stoppte das parlamentarische Verfahren des Errichtungsgesetzes nach dem Aus der Bundesregierung im November 2024.

Während im ersten Jahr von der Bundesregierung quasi keinerlei Versorgungs- oder Reformgesetze verabschiedet wurden, kündigte der Bundesgesundheitsminister ab der zweiten Hälfte regelmäßig eine Vielzahl von Vorhaben an (www.aerzteblatt.de/nachrichten/144410/Lauterbach-kuendigt-zahlreiche-Gesetzesinitiativen-an), von denen es viele allerdings nicht einmal in das Stadium eines Referentenentwurfs geschafft haben, geschweige denn Kabinetttreife erlangt haben. Auch weitere Projekte aus dem Koalitionsvertrag der

Bundesregierung, wie die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln, wurden bislang in dieser Legislaturperiode nicht umgesetzt. Gleichzeitig wird von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach beklagt, das „Aus der Ampel“ sei gefährlich für Patienten (rp-online.de/politik/deutschland/karl-lauterbach-das-ampel-aus-ist-gefaehrlich-fuer-patienten_aid-121140909).

Nach Auffassung der Fragesteller ist zu beobachten, dass bei nahezu allen Akteuren im deutschen Gesundheitswesen die Unzufriedenheit über die Entscheidungen in der Gesundheitspolitik seit 2021 massiv gewachsen ist. Gleichzeitig wird ein Mangel an konstruktiver und vertrauensvoller Kommunikation beklagt, was – nicht nur nach Einschätzung der Fragesteller – zu einer mangelnden Akzeptanz politischer Entscheidungen im Gesundheitswesen und zu einem sinkenden Vertrauen in das Gesundheitssystem insgesamt geführt hat (www.aerzteblatt.de/nachrichten/153176/Vertrauen-ins-Gesundheitssystem-sinkt).

Zum Ende der aktuellen Legislaturperiode des Deutschen Bundestages ist es deshalb angebracht, auch von der Bundesregierung eine Einschätzung der Arbeitsergebnisse des Bundesgesundheitsministers zu verlangen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

I. Die Ausgangsbedingungen für die Gesundheitspolitik und die notwendige Erneuerung des Gesundheitssystems zu Beginn der Legislaturperiode waren schwierig: Die COVID-19-Pandemie war noch nicht vorbei, ihre – nicht nur finanziellen – Auswirkungen reichten über das Jahr 2022 hinaus. Die Pandemie legte offen, wo die Defizite im Gesundheitswesen liegen. Diese Probleme sind jahrelang gewachsen, u. a. auch, weil in wirtschaftlich guten Zeiten zur Verfügung stehende finanzielle Mittel nicht für notwendige (Struktur-)Reformen genutzt wurden.

Der russische Angriffskrieg auf die Ukraine im Februar 2022 veränderte die internationale Sicherheitslage. Die mittelbaren und unmittelbaren Konsequenzen reichen weit in alle Politikfelder hinein, auch in die Gesundheits- und Pflegepolitik, mit den bekannten haushälterischen Zwängen, die eine Umsetzung einiger koalitionsvertraglicher Vereinbarungen nicht zuließen.

Um das Gesundheitssystem auf aktuelle und kommende Herausforderungen gut einzustellen, hat die Bundesregierung die notwendigen und überfälligen Strukturereformen eingeleitet. Ziel der Bundesregierung ist in dieser Legislaturperiode, die Versorgungssicherheit in Deutschland dauerhaft zu gewährleisten. Im Mittelpunkt der Bestrebung der Bundesregierung steht das Versprechen, dass es trotz des erheblichen Sanierungsbedarfes im Gesundheitssystem in dieser Legislaturperiode keine Leistungseinschränkungen für die Patientinnen und Patienten geben wird. Dieses Ziel ist von besonderer Bedeutung angesichts der verschiedenen Krisen, die gleichzeitig im Alltag der Bürgerinnen und Bürger präsent waren und sind. Denn insbesondere in diesen Krisenzeiten leisten die Sozialsysteme ihren Beitrag dazu, Sicherheit für die Bevölkerung zu schaffen.

Die fehlende Digitalisierung, der Fachkräftemangel, eine veränderte Leistungsnachfrage und die Finanzierung der Sozialsysteme vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts und einer alternden Gesellschaft sowie Fehlanreize in der Vergütung von Gesundheitsleistungen werden unser Gesundheitswesen weiter strukturell und finanziell herausfordern. Deshalb hat die Bundesregierung die notwendigen Veränderungen eingeleitet und das Gesundheits- und Pflegewesen mit folgenden Anpassungen umfassend sowie spürbar für alle verbessert und erste, notwendige und umfassende Erneuerungsschritte auf den Weg gebracht:

1. Finanzielle Stabilität und Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Grundlage für eine gute und sichere Versorgung sind eine finanziell stabile und leistungsfähige GKV und SPV. Zu Beginn dieser Legislaturperiode wies die GKV eine Finanzierungslücke von 17 Mrd. Euro auf. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) konnte dieses historisch hohe Defizit geschlossen und die finanzielle Stabilität der GKV gesichert werden. Vor dem Hintergrund extrem schwieriger finanzieller Rahmenbedingungen durch die internationale Sicherheits- und Wirtschaftslage konnte die finanzielle Absicherung der GKV durch die Verteilung der Lasten auf verschiedene Schultern – erhöhte Steuerzuschüsse des Bundes, moderate Beitragsanstiege sowie ebenso moderate Begrenzungen der Gewinnzuwächse bei Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und der Pharmabranche – und vor allem ohne Leistungskürzungen für die Versicherten erreicht werden. Gleichzeitig hat die Bundesregierung mit diesem Gesetz erste Strukturreformen im Gesundheitswesen angelegt: etwa durch Maßnahmen zur Begrenzung von Arzneimittelpreisen oder durch die Einführung von Vergütungsanreizen für schnellere ärztliche Behandlungstermine.

Um bestehende Leistungsansprüche in der SPV und Leistungsverbesserungen abzusichern, wurde der reguläre Beitragssatz zur SPV zunächst mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155) zum 1. Juli 2023 und zuletzt mit der Pflege-Beitragsatz-Anpassungsverordnung 2025 (PBAV 2025) vom 20. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 446) zum 1. Januar 2025 moderat angehoben.

2. Stärkung der Strukturen, der Behandlungsqualität und der Versorgungssicherheit

Die Strukturen im deutschen Gesundheitswesen waren für aktuelle und kommende Herausforderungen bisher schlecht aufgestellt. Bestehende Defizite wurden – nicht zuletzt durch die COVID-19-Pandemie – aufgedeckt. Deutschland investiert im europäischen Vergleich erhebliche finanzielle Mittel in das Gesundheitssystem, wovon der überwiegende Teil aus Beitragsmitteln herrührt. Dennoch liegen die Ergebnisse im internationalen Vergleich meist im Mittelmaß und oft unter dem europäischen Durchschnitt. Aus diesem Grund hat die Bundesregierung eine Reihe von Strukturreformen eingeleitet, um die Behandlungsqualität und die Versorgungssicherheit zu verbessern. Gleichzeitig muss die Effizienz im System wachsen, um zukünftig finanzierbar zu bleiben und eine gute Versorgung gewährleisten zu können.

In einem ersten Schritt hat die Bundesregierung mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) kurzfristig Kinderstationen und Geburtshilfen finanziell gesichert. Die Finanzierung der Hebammenversorgung wurde verbessert und die ambulante Behandlung gefördert. Neben diesen „Sofort“-Maßnahmen wurde mit dem Krankenhaustransparenzgesetz vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) die Grundlage für den Bundes-Klinik-Atlas gelegt. Dieser gibt Patientinnen und Patienten verständlich Auskunft über den Umfang und die Qualität der Versorgung sowie die Personalausstattung in den Krankenhäusern. Des Weiteren sind Regelungen zur Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser, z. B. zur Einführung einer frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen, enthalten, um die finanzielle Stabilität der Krankenhäuser und so die Versorgungsstrukturen langfristig zu sichern.

Die Erneuerung der Krankenhauslandschaft gehört zu den wichtigsten und zugleich komplexesten Reformvorhaben der letzten Jahre. Die Grundlage für eine umfassende Krankenhausreform legte die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung mit einer Empfehlung

Ende des Jahres 2022. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) hat die Bundesregierung die erforderlichen Strukturveränderungen im Krankenhaus für mehr Qualität und Effizienz eingeleitet. Damit werden ökonomische Fehlanreize zur Ausweitung von Krankenhausbehandlungen abgestellt und medizinisch sinnvolle Behandlungen in den Vordergrund gerückt. Kleine, bedarfsnotwenige Krankenhäuser erhalten eine Perspektive insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen.

Um Versorgungssicherheit auch in anderen Bereichen zu gewährleisten, wurden mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) eine Reihe von Maßnahmen ergriffen. So wurden für Kinderarzneimittel die Preisregelungen bei Rabattverträgen gelockert und Festbeträge abgeschafft, um die Verfügbarkeit dieser Arzneimittel zu verbessern. Weitere Regelungen, unter anderem veränderte Bevorratungspflichten, Anpassungen bei Rabattverträgen und preisliche Anreize, stärken ebenfalls die Versorgungssicherheit für wichtige Arzneimittel, darunter auch Antibiotika. Erstmals wurden Anreize dafür gesetzt, die Arzneimittelproduktion nach Deutschland und Europa zu verlagern.

Mit dem Medizinforschungsgesetz vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) hat die Bundesregierung Maßnahmen ergriffen, um den Forschungs- und Produktionsstandort Deutschland zu sichern und aufzuwerten. Durch Entbürokratisierung sowie Vereinfachung und Beschleunigung der Verfahren wird die Forschung an und die Produktion von Arzneimitteln in Deutschland gestärkt. Auch die einfachere Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung trägt hierzu bei.

Auch in der SPV hat die Bundesregierung dringend notwendige Anpassungen vorgenommen. Dazu zählen Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. So wurden die Eigenanteile der Pflegebedürftigen an den Kosten für das Pflegeheim weiter begrenzt und zum anderen das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen erhöht. Mit dem „Gemeinsamen Jahresbetrag“ hat die Bundesregierung es ermöglicht, einfacher und flexibler Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Auch die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal wurden verbessert und die Digitalisierung in der Langzeitpflege gestärkt.

3. Beschäftigte im Gesundheitswesen

Die notwendigen strukturellen Veränderungen zielen auch auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Entlastungen für die im Gesundheitswesen tätigen Menschen ab. Damit tragen sie dazu bei, der Fachkräfteproblematik zu begegnen.

Zu Beginn der Legislaturperiode stand die Bewältigung der COVID-19-Pandemie, die das gesundheitspolitische Handeln seit dem Jahr 2020 dominiert hatte, im Vordergrund. Entsprechend wurde mit dem Pflegebonusgesetz vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) die im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP vorgesehene Anerkennung des besonderen Einsatzes von Pflegekräften während der Pandemie umgesetzt. Dafür stellte der Bund 1 Mrd. Euro bereit.

Um die Arbeitsbedingungen von Beschäftigten im Krankenhaus zu verbessern und diese zu entlasten, wurde durch das KHPfLEG eine neue Pflegepersonalbemessung in den Krankenhäusern („PPR 2.0“) vorgesehen. Durch diese soll sichergestellt werden, dass ausreichend Pflegekräfte für die Betreuung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Zudem wurden Arbeitsbedingungen in Festanstellungen attraktiver gemacht und die Krankenhäuser erhalten

finanzielle Mittel, um Pflegepersonal besser zu vergüten und zusätzliche Stellen zu schaffen.

Außerdem sind durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) unter anderem die Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegefachkräfte vereinheitlicht, vereinfacht und beschleunigt worden. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, mehr Pflegepersonal zu gewinnen, zu halten und bedarfsgerecht einzusetzen, so dass auch künftig eine qualitativ hochwertige Versorgung in allen Regionen flächendeckend sichergestellt werden kann.

4. Ein modernes Gesundheitswesen

Durch eine umfassende Digitalisierung macht die Bundesregierung das deutsche Gesundheitssystem nicht nur effizienter, sondern erhöht durch eine verbesserte Kommunikation sowie Datenverfügbarkeit die Qualität der Behandlung und Forschung. Zugleich helfen neue Technologien dabei, die Versorgung sicherzustellen und Verfahren zu vereinfachen.

Das Digital-Gesetz (DigiG) vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) vereinfacht den Behandlungsalltag für Ärztinnen und Ärzte sowie für Patientinnen und Patienten mit digitalen Lösungen. Zentraler Bestandteil ist die Einrichtung der elektronische Patientenakte (ePA) für alle. Sie treibt den Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten voran und unterstützt gezielt die Versorgung. Zudem wurde das E-Rezept weiterentwickelt und als verbindlicher Standard eingerichtet. Digitale Gesundheitsanwendungen werden stärker in die Behandlung eingebunden und die Erbringung telemedizinischer Leistungen verbessert.

Gesundheitsdaten haben ein großes Potenzial, das für die Forschung zur Verbesserung der Versorgung nun gezielt und unter hohen Sicherheitsstandards gehoben wird. Mit dem Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 102) werden weitere Voraussetzungen für die Nutzung dieser Daten gelegt, zum Beispiel durch Schaffung einer zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für die Nutzung von Gesundheitsdaten, die Einführung eines Forschungsgeheimnisses bei der Nutzung von Gesundheitsdaten und die bessere Nutzbarmachung von Behandlungsdaten für Forschungszwecke durch die Datenfreigabe aus der ePA. Kranken- und Pflegekassen erhalten die Option, auf Basis von Abrechnungsdaten personalisierte Hinweise an ihre Versicherten zu geben, wenn dies nachweislich dem individuellen Schutz der Gesundheit der Versicherten dient.

Der Abbau von nicht notwendiger Bürokratie im Gesundheitswesen ist und war für die Bundesregierung ein wichtiges Anliegen und ein zentrales Projekt dieser Legislaturperiode.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat schon im Herbst 2023 Empfehlungen für den Bürokratieabbau im Gesundheitswesen vorgelegt (Empfehlungen nach § 220 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Zahlreiche Maßnahmen zum Bürokratieabbau in allen Leistungsbereichen wurden im Laufe dieser Legislaturperiode in diversen Einzelgesetzen des Bundesministeriums für Gesundheit umgesetzt, wie beispielsweise im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG), im Digital-Gesetz (DigiG), im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) oder im Medizinforschungsgesetz.

II. Ein Teil der gestellten Fragen an die Bundesregierung bezieht sich darauf, dass einige Vorhaben in dieser Legislaturperiode nicht umgesetzt oder verzögert worden wären und fragt nach den Gründen. Die Bundesregierung weist darauf hin, dass sich viele der genannten Vorhaben als Gesetzentwürfe der Bundesregierung bereits im parlamentarischen Verfahren befinden und es sich bei den Informationen zum konkreten Stand der Beratungen insoweit um bereits

veröffentlichte Informationen des Deutschen Bundestages handelt. Die Bundesregierung weist darauf hin, dass durch eine fraktionsübergreifende Zusammenarbeit die im parlamentarischen Verfahren befindlichen Vorhaben umgesetzt werden könnten.

Im Übrigen wird auf die unter Teil I bereits erläuterte Vielzahl gleichzeitiger Krisenbewältigungsmaßnahmen verwiesen, die vorrangige Lösungen erfordert haben und das Erfordernis einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen im Gesundheitswesen als umso dringlicher erscheinen lassen.

1. Wie bewertet die Bundesregierung die Notwendigkeit der Impfstoffnachbeschaffung durch Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach im Dezember 2021?
2. Wie viele der von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach nachträglich beschafften Impfdosen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung auch tatsächlich in Deutschland verimpft?
3. Wie viele der von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach im Dezember 2021 nachbeschafften Impfdosen wurden im Nachgang vernichtet?

Die Fragen 1 bis 3 werden gemeinsam beantwortet.

Zum bestmöglichen Schutz der Bevölkerung hat Deutschland bereits Mitte des Jahres 2020 zusammen mit anderen Staaten Europas auf ein möglichst breites Portfolio von verschiedenen Impfstoffarten und -entwicklungen gesetzt.

Die Europäische Kommission hat mit insgesamt acht Unternehmen mit Unterstützung aller Mitgliedstaaten verhandelt und Verträge abgeschlossen. Die Portfolio-Strategie mit Impfstoffkandidaten unterschiedlicher Technologien und Unternehmen wurde gewählt, um die Chance eines erfolgreichen und frühzeitig verfügbaren Impfstoffs zu erhöhen. Auch in der Rückschau war diese Portfolio-Strategie der EU und ihrer Mitgliedstaaten sinnvoll, denn zum damaligen Zeitpunkt war weltweit nicht abzusehen, welche Impfstoffe und welche Technologien sich in der Entwicklung, Produktion, Wirksamkeit und Sicherheit bewähren würden und ob und wie viele Auffrischimpfungen notwendig sein würden. So wurden einige Impfstoff-Kandidaten deutlich verspätet (zum Beispiel Impfstoffe der Unternehmen Novavax, Valneva, Sanofi) oder gar nicht (zum Beispiel der Impfstoff des Unternehmens Curevac) zugelassen.

Im Winter 2021/2022 wurden durch die EU keine neuen Impfstoffbeschaffungsverträge mit den Herstellern abgeschlossen. Die an den Bund im Winter 2021/2022 gelieferten Impfstoffdosen stammen aus den Verträgen, die die Europäische Kommission mit den pharmazeutischen Unternehmen abgeschlossen hat und die alle EU-Mitgliedstaaten zur Abnahme von Impfdosen verpflichtete, sowie aus bilateralen Beschaffungen. Von den bilateral beschafften 8,4 Millionen Impfstoffdosen sind ca. 3,9 Millionen Impfstoffdosen auf Ebene des Bundes verfallen und wurden fachgerecht vernichtet.

Die Inanspruchnahme der COVID-19-Impfung wurde während der COVID-19-Pandemie intensiv überwacht. Im Rahmen der COVID-19-Impfsurveillance wurden letztmalig am 9. Juli 2024 die Daten auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts (RKI) veröffentlicht. Demnach wurden insgesamt seit der Einführung des COVID-19-Impfstoffs am 27. Dezember 2020 bis zum Stand 4. Juli 2024 insgesamt ca. 197 Millionen COVID-19-Impfungen gemeldet.

Aktuelle Ergebnisse der KV-Impfsurveillance sowie weitere Informationen zur Impfsurveillance des RKI sind im Internet veröffentlicht (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Impfstatus/kv-impfsurveillance/kvis_node.html).

4. Wie bewertet die Bundesregierung die versuchte Einführung der allgemeinen Impfpflicht im Frühjahr 2022, die u. a. vom Bundeskanzler und vom Bundesgesundheitsminister vorangetrieben wurde?
5. Wie bewertet die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die Aussagen von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach vom November 2024, in denen er es nachträglich begrüßt, dass die allgemeine Impfpflicht 2022 nicht vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde?
6. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht im Jahr 2022 einen signifikanten Einfluss auf den Pandemieverlauf in Deutschland gehabt hätte?

Die Fragen 4 bis 6 werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass es sich bei der COVID-19-Pandemie um eine Ausnahmesituation handelte, die von einem sich ständig wandelnden wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisstands und permanenten Neuentwicklungen in Bezug auf medikamentöse und nicht-medikamentöse Interventionen geprägt war. Eine Ex-post-Betrachtung und Einschätzung der damaligen Lage erkennt den dynamischen und unvorhersehbaren Entwicklungsverlauf. Es war und ist entscheidend, Aussagen und Einschätzungen auf Basis neuer Erkenntnisse fortlaufend zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen, um angemessene Entscheidungen auf sich verändernde Bedingungen zu gewährleisten. Nur durch kontinuierliche Überprüfung und Anpassung kann politische Handlungsfähigkeit erhalten bleiben und die Effektivität von Maßnahmen gewährleistet werden. Dies gilt auch für Überlegungen und Maßnahmen im Kontext der Impftematik.

7. Erfolgte die Intervention von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach beim RKI hinsichtlich der Corona-Risikoeinschätzung als politische Weisung, wenn nein, in welcher Form erfolgte sie, und war diese von der Fachaufsicht gedeckt?
8. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass eine anstehende Ministerpräsidentenkonferenz eine taugliche Begründung für ein Festhalten an einer Risikoeinschätzung ist, die der Einschätzung des RKI widerspricht?

Die Fragen 7 und 8 werden gemeinsam beantwortet.

Die rechtliche Stellung des RKI und seine Aufgaben auf den Gebieten der Infektionskrankheiten und der nicht übertragbaren Krankheiten sind grundlegend in § 2 des Gesetzes über Nachfolgeeinrichtungen des Bundesgesundheitsamtes (BGA-Nachfolgegesetz) geregelt. Das Bundesministerium für Gesundheit übt die Dienst-, Fach- und Rechtsaufsicht über das RKI (§ 3 Absatz 1 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien) nach den hierfür geltenden Regelungen aus.

Vor diesem Hintergrund hat Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach mit dem damaligen Präsidenten des RKI, Prof. Dr. Lothar Wieler, fachlich erörtert und abgewogen, welche Risikoeinschätzung der damaligen epidemiologischen Lage angemessen war sowie wann und welche Kommunikation hierzu angebracht erschien. Hierbei galt es – basierend auf dem damaligen Stand des Wissens – verschiedene Perspektiven und Datengrundlagen im Kontext einzuordnen und abzuwägen.

9. Welche genau sind die Aussagen von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach, die nach seiner Einschätzung im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie „drüber“ und „nicht optimal“ gewesen sind (bitte nach Aussagen und Bundestagsdebatten aufschlüsseln)?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 4 bis 6 verwiesen. Im Übrigen wird von der Bundesregierung angemerkt, dass die Ausführungen des Bundesgesundheitsministers Dr. Karl Lauterbach in den jeweiligen Formaten für sich stehen und von der Bundesregierung grundsätzlich nicht kommentiert, interpretiert oder bewertet werden.

10. Aus welchen Gründen wurde die Ressortabstimmung zum Referentenentwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes im Frühjahr 2022 gestoppt, und wer hat diese Entscheidung getroffen?
11. Erfolgte die Einleitung der nachträglich gestoppten Ressortabstimmung mit Kenntnis oder sogar mit Billigung des Bundesgesundheitsministers?

Die Fragen 10 und 11 werden gemeinsam beantwortet.

Die Ressortabstimmung zum Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) wurde unter Einhaltung des Dienstweges eingeleitet und nach der in § 45 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien vorgesehenen Ressortabstimmung am 27. Juli 2022 im Kabinett beschlossen.

12. Wie hat sich die Arbeitsbelastung im BMG nach den in der Vorbemerkung der Fragesteller genannten Einlassungen der Gleichstellungsbeauftragten entwickelt?

Im Hinblick auf die in der Vorbemerkung der Bundesregierung genannten Umstände haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bundesministeriums für Gesundheit Immenses geleistet, wodurch diverse Vorhaben zum Abschluss gebracht werden konnten.

Im Übrigen liegen keine Erkenntnisse im Sinne der Fragestellung vor, da der Umfang der konkret bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anfallenden Arbeit nicht systematisch erfasst bzw. überwacht wird.

13. Wie viele Überlastungsanzeigen gab es in dieser Legislaturperiode im BMG (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?

In dieser Legislaturperiode gab es im Bundesministerium für Gesundheit drei Überlastungsanzeigen – zwei im Juli 2024 und eine im August 2024.

14. Ist der Bundesminister für Gesundheit weiterhin der Ansicht, dass für die hohe Arbeitsbelastung im BMG zu Beginn der Legislaturperiode die schlechte Qualität der Arbeit ursächlich war?
15. Wie bewertet die Bundesregierung entsprechende Aussagen des Bundesministers für Gesundheit?
17. Welche Konsequenzen hat die Hausleitung des BMG aus den Ausführungen der Gleichstellungsbeauftragten für ihren Umgangston und ihre Arbeitsweise gezogen, und was wurde davon konkret umgesetzt?
18. Wie bewertet die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die aktuellen Presseberichte, dass die Unzufriedenheit unter den Mitarbeitern noch größer geworden sei?

Die Fragen 14, 15, 17 und 18 werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung kommentiert keine nicht öffentlichen ministeriumsinternen Veranstaltungen.

16. Wie haben sich die Rückmeldefristen der Mitglieder der Hausleitung des BMG auf Vorlagen aus der Fachabteilung im Laufe der Legislaturperiode entwickelt?

Im Bundesministerium für Gesundheit gelten keine allgemeinen, starr festgelegten Rückmeldefristen der Leitung an die Fachabteilung. Der Entscheidungszeitraum wird von der Fachabteilung und der Hausleitung auf das jeweilige Vorhaben und dazu geführte Austauschformate (wie z. B. mündliche Rücksprachen) angepasst. Die Hausleitung und die Fachabteilungen befinden sich in einem engen, zeitnahen Austausch. Im Übrigen wird auf die diversen umgesetzten Vorhaben in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

19. Teilt die Bundesregierung die Ansicht des BRH, dass die Vergabe der Impfkampagne „Ich schütze mich“ an die SPD-nahe Agentur Brinkert-Lück gegen vergaberechtliche Vorschriften verstieß, und wenn nein, warum nicht?
20. Welche Konsequenzen hat die Bundesregierung aus der Kritik des BRH an der Vergabe der Impfkampagne „Ich schütze mich“ gezogen?
21. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung bereits belastbare Ergebnisse aus diesen Konsequenzen?

Die Fragen 19 bis 21 werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass bei der Unterbeauftragung der betreffenden Agentur für die „Ich schütze mich“-Kampagne die vergabe- und vertragsrechtlichen Vorgaben erfüllt wurden. Mit Blick auf die Empfehlungen des Bundesrechnungshofs hat das Bundesministerium für Gesundheit Maßnahmen ergriffen, um Vergabeverfahren revisionssicher zu dokumentieren. Unterbeauftragungen erfolgen nach einer Klarstellung in der Beschaffungsordnung seither ausschließlich in schriftlicher Form und zwingend nach dem sogenannten Vier-Augen-Prinzip. Diese Prozessverbesserungen werden seitdem bei allen Vergabeverfahren erfolgreich angewendet.

22. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass durch die stöckende Errichtung der Bundesstiftung der UPD eine Beratungslücke von fast einem halben Jahr für Patienten entstanden ist?

Die Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wurde am 13. Dezember 2023 von der Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz als rechtsfähig anerkannt und hat zum 6. Mai 2024 ihre Beratungstätigkeit wieder aufgenommen. Dass es in der Zwischenzeit übergangsweise Einschränkungen in der Beratung gegeben hat, war dem Umstand geschuldet, dass die Stiftung erst aufgebaut werden musste. Diese Einschränkungen gab es auch in der Vergangenheit in Übergangsphasen der UPD. Mit der Verstetigung der UPD als Stiftung wurde dafür Sorge getragen, dass dies in Zukunft nicht mehr vorkommt.

23. Wie viele ehemaligen Mitarbeiter der UPD wurden in die neu errichtete Bundesstiftung übernommen?

Nach Auskunft der Stiftung UPD beschäftigt sie derzeit von insgesamt 66 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 51 aus der ehemaligen UPD.

24. Wie viele Kündigungsschutzklagen der ehemaligen Mitarbeiter der UPD sind nach Kenntnis der Bundesregierung noch anhängig?

Nach Auskunft der Stiftung UPD sind noch neun Verfahren anhängig. Von den Klageverfahren, in denen die Stiftung UPD nicht Streitpartei ist, hat die Bundesregierung keine Kenntnis.

25. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Entwicklung der Anzahl von Psychosen nach der erfolgten Legalisierung von Cannabis?

Der Bundesregierung liegen derzeit keine Erkenntnisse im Sinne der Fragestellung vor.

26. Wie bewertet die Bundesregierung die entstandene Möglichkeit, im Internet mittels eines Privatrezeptes an Medizinalcannabis zu gelangen?

Für die Verschreibung von Cannabisarzneimitteln, soweit diese nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterfallen, gelten mit Inkrafttreten des Medizinal-Cannabisgesetzes (MedCanG) vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109) die gleichen Regelungen wie für die Verschreibung anderer, nicht-betäubungsmittelhaltiger, aber verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Cannabis zu medizinischen Zwecken bedarf einer ärztlichen Verschreibung und kann nur gegen Vorlage der Verschreibung bei Apotheken bezogen werden (§ 3 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 MedCanG).

Die ärztliche Behandlung, die auch die Verschreibung von Arzneimitteln umfasst, hat grundsätzlich nach den allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, was eine sorgfältige Indikationsstellung voraussetzt. Der Vollzug obliegt den zuständigen Behörden der Länder.

27. Sieht die Bundesregierung einen Zusammenhang zwischen der Legalisierung von Cannabis und dem Anstieg der Organisierten Kriminalität, insbesondere der „Mocro-Mafia“ in Nordrhein-Westfalen (NRW), und wenn nein, warum nicht?

Die gesetzlichen Änderungen im Rahmen der Legalisierung von Cannabis sind erst seit wenigen Monaten in Kraft. Derzeit lassen sich noch keine Feststellungen zu Auswirkungen auf die Organisierte Kriminalität treffen. Darüber hinaus dürften die genannten Ereignisse in Nordrhein-Westfalen nicht auf die Teillegalisierung von Cannabis zurückzuführen, sondern in davon unabhängigen Konflikten zwischen rivalisierenden kriminellen Banden begründet sein.

28. Wie bewertet die Bundesregierung die Mehrbelastung der Justizbehörden in den Ländern durch die Regelungen im Cannabis-Gesetz?

Die Bewertung der Auswirkungen der Teillegalisierung von Cannabis bleibt grundsätzlich der Evaluation des Konsumcannabisgesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109) vorbehalten. Bis zum 1. April 2026 soll unter Beteiligung des Bundeskriminalamtes dem Bundesministerium für Gesundheit ein Zwischenbericht vorgelegt werden. Ein umfassender Bericht über die Ergebnisse der Evaluation soll dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. April 2028 vorgelegt werden.

Es ist zu erwarten, dass dem mit der Umsetzung der Amnestieregelung (Artikel 316p des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuche) verbundenen vorübergehenden Aufwand eine erhebliche und dauerhafte Entlastung von Strafverfolgungsbehörden und Gerichten durch die Teillegalisierung gegenüberstehen wird. Die neuen straffreien Besitzmengen liegen weit oberhalb der nach alter Rechtslage in den Ländern angewandten Grenze für eine Verfahrenseinstellung nach § 31a des Betäubungsmittelgesetzes, was zu einem deutlichen Rückgang der Verfahrenszahlen im Bereich der leichten Massenkriminalität führen dürfte.

29. Welche Ursachen sieht die Bundesregierung für die gesunkene Anzahl von Hitzetoten im Jahr 2024?
30. Wie viele Hitzetote konnten nach Kenntnis der Bundesregierung durch die im Jahr 2023 vorgestellten Maßnahmen verhindert werden?

Die Fragen 29 und 30 werden gemeinsam beantwortet.

Innerhalb der letzten 20 Jahre hat sich die Häufigkeit und Dauer von Hitzeperioden in Deutschland erhöht. Auf der Grundlage der Schätzungen des RKI führten die extremen Hitzesommer im Jahr 2003 und 2018 in Deutschland jeweils zu rund 9 000 Todesfällen. Auch in den Jahren 2006, 2015 und 2019 waren jeweils rund 6 000 bis 7 500 hitzebedingte Todesfälle in Deutschland zu beklagen. Im Jahr 2024 wurden deutschlandweit rund 3 000 hitzebedingte Todesfälle durch das RKI geschätzt.

Die mit dem „Hitzeschutzplan für Gesundheit“ des Bundesministeriums für Gesundheit ergriffenen und fortlaufend weiterentwickelten Maßnahmen zielen darauf ab, hitzeassoziierte Todesfälle zu vermeiden und zu reduzieren sowie Krankheitsverläufe abzumildern. Dabei beruht die Auswahl der Maßnahmen auf dem Austausch mit rund 60 Expertinnen und Experten aus Selbstverwaltung, Verbänden und Zivilgesellschaft sowie Bund, Ländern und Kommunen, die im Rahmen verschiedener Hitzeschutzkonferenzen die fachliche Grundlage für die Erarbeitung und Weiterentwicklung des Hitzeschutzplans gelegt haben.

Die Auswirkungen auf die hitzeassoziierte Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung sind abhängig von der Intensität der jährlichen Hitzeperioden. Da diese teilweise erheblichen jährlichen Schwankungen unterliegt, ist eine einfache kausale Korrelation bzw. eine belastbare Quantifizierung im Sinne der Fragestellung nicht möglich.

31. War der Start des Bundes-Klinik-Atlas am 17. Mai 2024 nach Auffassung der Bundesregierung zwingend geboten, und wenn ja, warum?
32. Warum hat das BMG im Vorfeld Abstand von einem Probebetrieb des Bundes-Klinik-Atlas genommen, und wer hat diese Entscheidung getroffen?
33. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Fragesteller, dass ungenaue oder missverständliche Darstellungen von Klinikleistungen im Internet die Patientensicherheit gefährden können?
34. Wie viele Menschenleben konnten nach Kenntnis der Bundesregierung durch den Bundes-Klinik-Atlas seit seinem Start im Mai 2024 gerettet werden?

Die Fragen 31 bis 34 werden gemeinsam beantwortet.

In § 135d Absatz 1 Satz 1 SGB V ist eine Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses – dem Bundes-Klinik-Atlas – ab dem 1. Mai 2024 vorgesehen. Aufgrund des verzögerten Abschlusses des Gesetzgebungsverfahrens nach Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat waren Datenübermittlungen und Dateneinbindung erst verspätet möglich, sodass der Bundes-Klinik-Atlas erst am 17. Mai 2024 veröffentlicht werden konnte.

Ziel des Bundes-Klinik-Atlas ist, Patientinnen und Patienten dauerhaft in einer einfachen und verständlichen Sprache barrierefrei darüber zu informieren, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet. Der Bundes-Klinik-Atlas soll Patientinnen und Patienten damit befähigen, eine selbstbestimmte Auswahlentscheidung für ihre stationäre Versorgung zu treffen und stärkt im Interesse der Patientensicherheit nachhaltig die Versorgungsqualität. Datengrundlage und Methodik des Bundes-Klinik-Atlas sind im Internet veröffentlicht (<https://bundes-klinik-atlas.de/datengrundlage/> bzw. <https://bundes-klinik-atlas.de/methodik/>). Der Bundes-Klinik-Atlas befindet sich kontinuierlich in der Weiterentwicklung und wird zukünftig um weitere Daten ergänzt werden. Außerdem wird die Datengrundlage regelmäßig aktualisiert.

Inwieweit der Bundes-Klinik-Atlas die Versorgungsqualität durch die Ermöglichung selbstbestimmter Auswahlentscheidungen von Patientinnen und Patienten im Detail fördert, lässt sich noch nicht bewerten.

35. Wann genau ist die Auswirkungsanalyse zur Krankenhausreform Mitgliedern der regierungstragenden Fraktionen vorgestellt worden?
36. Um welche Mitglieder der regierungstragenden Fraktionen handelt es sich (bitte nach Namen und Fraktion aufschlüsseln)?
37. Aus welchem Grund wurde die Auswirkungsanalyse nicht allen Mitgliedern des Gesundheitsausschusses gleichermaßen vorgestellt?
38. Wie bewertet die Bundesregierung das gewählte Vorgehen, die Mitglieder des Gesundheitsausschusses in unterschiedlicher Art und Weise zu informieren?

39. Warum bedurfte es einer Berichtsbitte der Fraktion der CDU/CSU, um die Auswirkungsanalyse den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zumindest mündlich vorzustellen?
40. Zu welchem Zeitpunkt und auf welche Art und Weise wäre die Auswirkungsanalyse den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages vorgestellt worden, hätte die Fraktion der CDU/CSU keinen expliziten Bericht dazu für die Sitzung am 16. Oktober 2024 angefordert?
41. Warum haben bislang immer noch nicht alle Abgeordneten des Deutschen Bundestages Zugang zur Auswirkungsanalyse?

Die Fragen 35 bis 41 werden gemeinsam beantwortet.

Für die Länder hat das Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit spezialisierten Softwareunternehmen ein digitales Tool zur Planungsunterstützung und Folgenabschätzung der Krankenhausreform (Folgenabschätzungsinstrument) entwickelt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat hierfür einen vorläufigen Leistungsgruppen-Grouper (LG-Grouper) auf Basis der Fälle des Jahres 2023 zur Verfügung gestellt. Der LG-Grouper ist als „lernendes System“ angelegt; auch perspektivisch wird er regelmäßig anzupassen sein, etwa im Nachgang zu einer vom Leistungsgruppen-Ausschuss beschlossenen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen. Im Januar 2025 wird ein zertifizierter LG-Grouper zur Verfügung stehen, der dann Daten des Jahres 2024 für das Anwendungsjahr 2025 gruppiert.

Das Folgenabschätzungsinstrument erlaubt es unter anderem, der Planungssimulation der einzelnen Länder folgend auf Leistungsgruppenebene unterschiedliche Varianten der Verteilung der Vorhaltevergütung auf die einzelnen Krankenhausstandorte oder die für die Bevölkerung resultierende Fahrzeit abzubilden. Das Folgenabschätzungsinstrument stellt somit keine Auswirkungsanalyse dar, sondern dient als Hilfsmittel, das es den Ländern ermöglichen soll, die Folgen ihrer Planung vor dem Hintergrund der Krankenhausreform abzuschätzen. Eine eigene Auswirkungsanalyse könnte der Bund nicht vornehmen, da er nicht anstelle der Länder Planungsentscheidungen – etwa die Frage, welches Krankenhaus welche Leistungsgruppen erhält – treffen kann.

Ausschließlich den für die Planung zuständigen Ländern wurde ein Zugang zum Folgenabschätzungsinstrument eingeräumt. Hierzu fanden konstruktive Austauschformate mit den Ländern statt, in denen die Bedienung des Instruments erläutert und Weiterentwicklungsbedarfe identifiziert wurden. In der Folge wurden im Folgenabschätzungsinstrument technische Anpassungen im Sinne der Länder implementiert.

Über die Möglichkeiten und den Entwicklungsstand des Folgenabschätzungsinstruments wurden die Abgeordneten der Koalitionsfraktionen im Rahmen der Beratungen und Entscheidungsfindung zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in zwei Sitzungen am 10. Oktober 2024 und am 16. Oktober 2024 sowie am selben Tag im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages informiert. Zu keinem Zeitpunkt und bis heute haben die Abgeordneten einen Zugang zum Folgenabschätzungsinstrument erhalten.

Das Folgenabschätzungsinstrument greift der Krankenhausplanung der Länder in keiner Weise vor, kann aber durch die im Instrument angelegte Folgenabschätzung die Planung durch die zuständigen Landesbehörden erheblich unterstützen. Damit ist eine detaillierte Folgenabschätzung der Krankenhausplanung der Länder in einer Präzision realisierbar, die vorher nicht möglich war.

42. Teilt die Bundesregierung die Annahme von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach, dass die Krankenkassenbeiträge für das Jahr 2026 vorab nicht weiter erhöht werden müssen?
43. Wenn ja, wie begründet sie diese Einschätzung?
44. Wenn nein, warum nicht?
45. Teilt die Bundesregierung die Aussage von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach, er sei der „preisgünstigste Gesundheitsminister für die Krankenkassen“?
46. Wenn ja, wie begründet sie diese Einschätzung?
47. Wenn nein, wieso nicht?

Die Fragen 42 bis 47 werden gemeinsam beantwortet.

Die Aussagen des Bundesgesundheitsministers Dr. Karl Lauterbach, auf die sich die Fragen beziehen, stehen im Kontext der Gesamtheit der Reformen im Gesundheitswesen und wurden vor dem Ausscheiden der FDP aus der Bundesregierung getroffen. Sie bezogen sich neben den bereits verabschiedeten Reformen auch auf die Reformvorhaben, die sich im parlamentarischen Verfahren befinden und noch befinden und von deren Umsetzung zum damaligen Zeitpunkt ausgegangen werden konnte. Die Aussagen entsprechen der Position der Bundesregierung, wonach die verabschiedeten Reformen gemeinsam mit den im parlamentarischen Verfahren befindlichen Reformen im Gesundheitswesen langfristig zu einer Stabilisierung der Finanzierung der Krankenversicherung beitragen.

48. Wie bewertet die Bundesregierung die Aussage von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach aus dem Mai 2024, eine umfassende Finanzreform der Pflegeversicherung werde in dieser Legislaturperiode wahrscheinlich nicht mehr zu leisten sein?
49. Welche Fakten haben nach Kenntnis der Bundesregierung dazu geführt, dass Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach keine zwei Monate später eine Finanzreform der Pflegeversicherung angekündigt hat?
50. Wie weit waren die Arbeiten zur Pflegereform zum Zeitpunkt des Scheiterns der Bundesregierung fortgeschritten, und wann wäre mit einer Verabschiedung zu rechnen gewesen?
51. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Fragesteller, dass derartig widersprüchliche Aussagen eines Ressortchefs dazu geeignet sind, das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in politisches Handeln zu untergraben?

Die Fragen 48 bis 51 werden gemeinsam beantwortet.

Mit dem in Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeiteten Bericht „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“, der am 3. Juli 2024 vom Kabinett verabschiedet wurde, hat die Bundesregierung eine umfassende Analyse der finanziellen Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bis zum Jahr 2060 vorgelegt. Hierin wurde bereits deutlich, dass die finanzielle Situation der SPV angespannt ist. Ausweislich des Berichts ist diese wesentlich geprägt durch finanzielle Belastungen der SPV während der COVID-19-Pandemie seit dem Jahr 2020, aber in noch größerem Ausmaß

durch den anhaltend starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, der seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 weit über den angesichts der demografischen Entwicklung erwartbaren Anstieg bei einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit hinausgeht.

Der Bericht geht vom Status quo der SPV aus, zeigt die Herausforderungen bis 2060 in objektiven Analysen auf, macht Vorschläge zu Möglichkeiten der systemischen Weiterentwicklung der SPV und stellt vielfältige mögliche Stellschrauben auf der Einnahme- und Ausgabeseite dar, inklusive ihrer Wechselwirkungen auf die Pflegebedürftigen, aber auch die Sozialhilfeträger (Hilfe zur Pflege). Da bei der Erarbeitung des Berichts und der regierungsinternen Diskussion um kurz-, mittel- und langfristige Reformmaßnahmen auch grundlegende und komplexe finanzielle Fragen aufgeworfen wurden, waren die erforderlichen Abstimmungsprozesse schwierig und haben dementsprechend Zeit in Anspruch genommen. Auf diese Ausgangssituation hat der Bundesgesundheitsminister Dr. Lauterbach mit seinen von den Fragestellern zitierten Äußerungen Bezug genommen und damit den Bürgerinnen und Bürgern gegenüber transparent gemacht, wie aus seiner Sicht die Chancen für eine kurzfristige Umsetzung einer umfangreichen Finanzreform noch in dieser Legislaturperiode stehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat unter Leitung von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach dennoch weiter an entsprechenden Reformvorschlägen gearbeitet. Nachdem seit dem 6. November 2024 keine Mehrheiten für die Regierungskoalition im Deutschen Bundestag mehr bestehen, hat die Bundesregierung auf Grundlage der Ermächtigungsnorm des § 55 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 1a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) kurzfristig eine Rechtsverordnung zur Anhebung des Beitragssatzes auf den Weg gebracht, mit der die Finanzierung der gesetzlich vorgesehenen Leistungen der SPV zunächst für das Jahr 2025 gesichert werden soll. Absehbar ist aber, dass mit Wirkung ab dem Jahr 2026 strukturelle Maßnahmen benötigt werden, um die finanzielle Tragfähigkeit der SPV nachhaltig zu sichern. Mit dem oben genannten Regierungsbericht liegt dazu eine umfassende, empirisch fundierte Entscheidungsgrundlage vor.

52. Wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den Gesprächen zwischen dem damaligen Staatssekretär im Bundesministerium der Finanzen Jörg Kukies und dem CEO von Eli Lilly über die Möglichkeit der gesetzlichen Regelung von vertraulichen Erstattungspreisen gesprochen?
53. Wenn ja, welche Schlussfolgerungen wurden aus diesen Gesprächen gezogen, und gab es diesbezüglich einen Austausch zwischen dem Bundeskanzleramt und dem BMG?
54. Inwieweit war Bundeskanzler Olaf Scholz in diese Gespräche eingebunden?

Die Fragen 52 bis 54 werden gemeinsam beantwortet.

Die Ermöglichung vertraulicher Erstattungsbeträge wurde als Maßnahme in der am 13. Dezember 2023 vom Kabinett beschlossenen Pharmastrategie vereinbart und in der Folge mit dem Medizinforschungsgesetz umgesetzt. Im Zuge der Entwicklung der Pharmastrategie wurden durch Vertreter der Bundesregierung Gespräche mit Verbänden der Pharmabranche und verschiedenen pharmazeutischen Unternehmen (unter anderem auch mit Eli Lilly) geführt, wie bereits unter anderem in der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Gruppe Die Linke „Vertrauliche Erstattungspreise für Arzneimittel und Presseberichte über einen möglicher Zusammenhang mit Milliardeninvestitionen des

Pharmakonzerns Eli Lilly“ auf Bundestagsdrucksache 20/12223 dargelegt. Diese Gespräche dienten dem Ziel, Erfahrungen zu sammeln, an welchen Stellen aus Sicht der Industrie die Rahmenbedingungen für die pharmazeutische Industrie in Deutschland im Vergleich zu anderen Staaten der Verbesserung bedürfen, d. h. wo und welche Handlungsbedarfe bestehen, um Deutschland attraktiver für Forschung und Entwicklung sowie für die Produktion von Arzneimitteln zu machen. Entsprechende Gespräche wurden auf politischer Ebene vom Bundeskanzler, von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach und Bundeswirtschaftsminister Dr. Robert Habeck sowie seitens des Bundeskanzleramtes auch vom damaligen Staatssekretär Dr. Jörg Kukies geführt (vgl. z. B. Gespräche mit Eli Lilly wie aufgeführt in der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Gruppe Die Linke „Vertrauliche Erstattungspreise für Arzneimittel und Presseberichte über einen möglicher Zusammenhang mit Milliardeninvestitionen des Pharmakonzerns Eli Lilly“ auf Bundestagsdrucksache 20/12223 und in der Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 78 der Abgeordneten Kathrin Vogler auf Bundestagsdrucksache 20/11198). In diesen Gesprächen wurden seitens der pharmazeutischen Industrie diverse Positionen vertreten und Forderungen erhoben. Das gilt auch für die seit Jahren von der Pharmaindustrie geforderte Ermöglichung vertraulicher Erstattungsbeträge. Die in diesen Gesprächen gewonnenen Erkenntnisse wurden auf Ressortebene fachlich geprüft und waren Grundlage für die Pharmastrategie und deren Umsetzung durch das Medizinforschungsgesetz. Der Inhalt der einzelnen geführten Gespräche wurde nicht protokolliert.

55. Warum hat das BMG sich, trotz vorheriger Warnungen aus der Fachabteilung, dafür entschieden, die Regelung zu den vertraulichen Erstattungspreisen für Arzneimittel in das MFG aufzunehmen?

Die Einführung des vertraulichen Erstattungsbetrags für pharmazeutische Unternehmen führt zu mehr Flexibilität in den Verhandlungen und stellt sicher, dass pharmazeutische Unternehmen auch dann in Deutschland auf dem Markt bleiben, wenn der nutzenbasierte Erstattungsbetrag zu potenziell negativen Auswirkungen auf die sogenannte externe Preisreferenzierung führen würde.

Während in Deutschland die Erstattungsbeträge seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) nicht geheim waren, sind vertrauliche Rabatte bei Arzneimittelpreisen die Regel bei praktisch allen anderen EU-Mitgliedstaaten. Deutschland gleicht mit der Vertraulichkeit daher einen Wettbewerbsnachteil mit den allermeisten vergleichbaren Staaten aus, die von jeher vertrauliche Preise für neue Arzneimittel vereinbart haben. Zudem gleicht Deutschland sein System somit an die international übliche Praxis an.

56. Wie bewertet die Bundesregierung den Versand von Bargeld als Anreiz, um Teilnehmer für die RKI-Studie „Gesundheit in Deutschland“ zu gewinnen?
58. Gab es nach Kenntnis der Bundesregierung signifikant höhere Rückmeldequoten als bei solchen Studien, bei denen kein Geld als Anreiz verschickt wurde?

Die Fragen 56 und 58 werden gemeinsam beantwortet.

Das RKI hat als wissenschaftliche Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit auf Basis der vorliegenden wissenschaftlichen Empirie die methodische Entscheidung getroffen, eine Incentivierung umzusetzen. Ergänzend zur umfassenden Literatur haben eigene Studien im

Zuge des Panel-Aufbaus gezeigt, dass gezielte Maßnahmen der Incentivierung wie bedingungslose monetäre Vorab-Incentives zu einer höheren Teilnehmerate und somit zu einer verbesserten wissenschaftlichen Evidenz führen.

Die eingesetzte Incentivierungsstrategie des RKI hat sich für das Panel „Gesundheit in Deutschland“ als wirksam erwiesen. Es konnten 47 000 statt der erwarteten 30 000 Teilnehmenden aus allen sozialen Schichten und aus allen Regionen in Deutschland rekrutiert werden.

57. Wurden die veranschlagten 1,2 Mio. Euro für die Langzeitstudie komplett ausgegeben?

Ja.

59. Bei wie vielen Studien von Bundesministerien oder nachgeordneten Behörden wurde dieses Anreizsystem nach Kenntnis der Bundesregierung noch verwendet?

Eine vollumfängliche Ermittlung aller Studien, die die Bundesregierung durchgeführt oder beauftragt hat und in denen die Anreizmethode des Bargeldversands eingesetzt wurde, ist belastbar nicht möglich. Exemplarisch werden folgende Studien beispielhaft erwähnt: „Family Research and Demographic Analysis“ (FReDA) (pre-paid), die German Emigration and Remigration Panel Study“ (GERPS) 2018 bis 2022 (Einsatz verschiedener Incentivierungsmaßnahmen pre-paid, post-paid und Gewinnspiele), die Panelbefragung „Geflüchtete aus der Ukraine in Deutschland“ (pre-Incentive), Forced Migration and Transnational Family Arrangements 2020 (TransFAR) (TransFAR) (post-paid). Auch in der von dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), dem Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) und dem Bundeskriminalamt (BKA) verantworteten Dunkelfeldstudie „Lebenssituation, Sicherheit und Belastungen im Alltag (LeSuBiA)“ werden Incentivierungsmaßnahmen umgesetzt (Post-Paid). Die vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) verantwortete COPLANT-Studie und die geplante nemo-Studie arbeiten je nach Modul mit unterschiedlichen Incentivierungsmodellen.

60. Hat das RKI weitere Studien mit diesem Anreizsystem durchgeführt, und wenn ja, welche?

61. Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 60 und 61 werden gemeinsam beantwortet.

Das RKI hat auch bei weiteren Studien monetäre Anreizsysteme genutzt. Hier seien die Rekrutierung von Teilnehmenden für die europäische Gesundheitsbefragung EHIS als auch die Registrierung für die dauerhaft fortlaufende Studienreihe „Gesundheit in Deutschland“ genannt.

62. Wie lässt sich nach Auffassung der Bundesregierung die Nutzung eines solchen Anreizsystems mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Deutschen Post AG vereinbaren, nach denen ein Geldversand mit einem normalen Brief ausgeschlossen wird?

Die Modalitäten des Briefversandes sind Gegenstand der Dienstleistung des vom RKI beauftragten infas-Institut für angewandte Sozialwissenschaft. Die Versendungen sind nach Aussage des Dienstleisters rechtskonform.

63. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Krankmeldungen in den dem BMG nachgeordneten Behörden RKI und BZgA seit 2021 entwickelt (bitte nach Behörde und Monaten aufschlüsseln)?
64. Wie verhalten sich die Krankmeldungen in den in Frage 63 genannten Behörden zu den Krankmeldungen im übrigen nachgeordneten Bereich wie etwa dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI)?

Die Fragen 63 und 64 werden gemeinsam beantwortet.

Für den jährlich veröffentlichten Gesundheitsförderungsbericht des Bundesministeriums des Innern und für Heimat werden zum Jahresende von den obersten Bundesbehörden und deren Geschäftsbereichsbehörden alle Arbeitstage (ohne Wochenend- und Feiertage) erhoben, an denen Beschäftigte im Verlauf des Jahres aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder einer Rehabilitationsmaßnahme arbeitsunfähig gemeldet waren.

Eine monatliche Erhebung oder Auswertung erfolgt nicht.

Entwicklung der durchschnittlichen Abwesenheitstage je Beschäftigten in den Geschäftsbereichsbehörden des BMG von 2021 bis 2023

	BZGA	BfArM	PEI	RKI
2021	13,02	15,13	11,45	16,26
2022	16,24	19,19	14,70	21,73
2023	18,69	20,56	15,04	19,98

65. Wie bewertet die Bundesregierung Presseberichte, nach denen sowohl das RKI als auch die BZgA durch die geplanten Umstrukturierungen „seit mehr als einem Jahr in ihrer Arbeit streckenweise gelähmt“ sein sollen?

Die Arbeitsprozesse des RKI sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sind nicht beeinträchtigt und werden regulär fortgeführt.

66. Trifft es zu, dass die Staatssekretärin im BMG, Dr. Antja Draheim, bei einer Dienstversammlung der BZgA den Vorwurf erhoben hat, die Behörde arbeite nicht wissenschaftlich?
67. Wenn ja, wie begründet die Bundesregierung diese Aussagen?
68. Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung entsprechende Presseberichte?

Die Fragen 66 bis 68 werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung kommentiert keine nicht öffentlichen ministeriumsinternen Veranstaltungen.

69. Warum hat das BMG keine Regelungen zum sog. Bürokratieentlastungsgesetz des Bundesministeriums für Justiz beigesteuert, und warum wurde bis heute kein eigenes Gesetz zur Bürokratieentlastung vorgestellt?
70. Wie hat sich die Bürokratiebelastung nach Kenntnis der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode im Gesundheitswesen z. B. anhand der Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelt, und wie hoch waren die vorgenommenen Belastungen und die vorgenommenen Entlastungen insgesamt?

Die Fragen 69 und 70 werden gemeinsam beantwortet.

Der Abbau von unnötiger Bürokratie im Gesundheitswesen ist für die Bundesregierung ein zentrales Vorhaben dieser Legislaturperiode. Im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP für die 20. Legislaturperiode haben die Regierungsparteien vereinbart, überflüssige Bürokratie abzubauen und so Prozesse und Vorgaben zu vereinfachen. Neben dem ressortübergreifenden Vierten Bürokratieentlastungsgesetz, in dem im Besonderen die Wirtschaft von überflüssiger Bürokratie entlastet wurde, wird in allen Gesetzgebungsverfahren der Bundesregierung Bürokratieabbau und -vermeidung konsequent mitgedacht. In der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit finden sich zahlreiche Bürokratieentlastungsmaßnahmen in Einzelgesetzen, beispielsweise im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG), im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG), im Digital-Gesetz (DigiG) oder im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG). Auch ein Gesetzentwurf für ein Gesundheitswesen-Bürokratieentlastungsgesetz war vom Bundesministerium für Gesundheit bereits ausgearbeitet, wird in der geplanten Form jedoch aufgrund des vorzeitigen Endes dieser Legislaturperiode nicht mehr beschlossen werden können.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 71 verwiesen.

71. Wie hoch ist der kumulierte Erfüllungsaufwand aller in dieser Legislatur verabschiedeten Gesetze (bitte nach Erfüllungsaufwand für Bürger, Wirtschaft und Verwaltung differenzieren)?

Gesetzentwürfe der Bundesregierung und regelmäßig auch Gesetzentwürfe aus der Mitte des Deutschen Bundestages enthalten in ihrer Allgemeinen Begründung die Darstellung des Erfüllungsaufwandes für Bürgerinnen und Bürger, für die Wirtschaft und für die öffentliche Verwaltung sowie die weiteren Haushaltsausgaben und die sonstigen Kostenfolgen, die sich aus den jeweiligen Vorhaben ergeben. Den Gesetzentwürfen der Bundesregierung sind zudem die Stellungnahmen des Nationalen Normenkontrollrates zur Prüfung der Darstellung des Erfüllungsaufwandes auf Nachvollziehbarkeit und Methodengerechtigkeit beigefügt. Die erfragten Informationen sind Gegenstand der parlamentarischen Beratungen zu den Gesetzentwürfen und können den entsprechenden Drucksachen des Deutschen Bundestages entnommen werden. Ergänzend wird auf die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts zur Entwicklung des jährlichen Erfüllungsaufwandes verwiesen, die unter anderem auch die Entwicklung in den einzelnen Bundesministerien darstellen (vgl. www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Erfuellungsaufwand/erfuellungsaufwand.html).

72. Wie bewertet die Bundesregierung, dass es bis Ende November 2024 gedauert hat, bis ein Gesetzentwurf zum Suizidpräventionsgesetz vorgelegt worden ist?
73. Was waren die Gründe für diese Verzögerungen?
74. Wie bewertet die Bundesregierung, dass es bis Dezember 2024 gedauert hat, den bereits für Ende 2022 angekündigten „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ vorzulegen?
75. Was waren die Gründe für diese Verzögerung?

Die Fragen 72 bis 75 werden gemeinsam beantwortet.

Das Bundeskabinett hat am 18. Dezember 2024 den Gesetzentwurf zur Stärkung der nationalen Suizidprävention beschlossen.

Am 2. Dezember 2024 hat das BMG den Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen vorgelegt.

Vorangegangen waren umfangreiche Dialogprozesse mit Betroffenenverbänden und Interessenvertretungen und zahlreiche Fachgespräche. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung (insbesondere Teil II) verwiesen.

76. Wie bewertet die Bundesregierung, dass bisher entgegen der Kritik der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen Betroffene nicht umfassend an wichtigen Vorhaben auf Bundesebene, wie z. B. am Triage-Gesetzgebungsprozess, beteiligt wurden?

Die Gesetzgebungsverfahren der Bundesregierung erfolgen gemäß den rechtlich normierten Verfahrensvorschriften. Es steht allen Verbänden offen, zu Gesetzgebungsverfahren der Bundesregierung Stellung zu nehmen. Insbesondere in dem in der Frage genannten Gesetzgebungsverfahren zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes haben eine Vielzahl von Verbänden für Menschen mit Behinderung Stellung genommen (abrufbar im Internet unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetz-e-und-verordnungen/detail/gesetz-zur-aenderung-des-infektionsschutzgesetzes-2.html). Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 12 der Kleinen Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Qualität der Gesetzgebungsverfahren der Bundesregierung“ auf Bundestagsdrucksache 20/4405 verwiesen.

77. Welche (Förder-)Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die Bewusstseinsbildung bei Gesundheits- und Pflegeberufen für die Belange von Menschen mit Behinderungen, insbesondere mit kognitiven Beeinträchtigungen, zu erhöhen?

Die Grundlage der Bewusstseinsbildung bei Gesundheits- und Pflegeberufen für die Belange von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen, insbesondere kognitiven Beeinträchtigungen, wird in der Ausbildung gelegt. Im Laufe der beruflichen Tätigkeit können die Kenntnisse durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, deren Ausgestaltung in der Zuständigkeit der Länder bzw. Kammern liegt, vertieft werden. Die Berufsgesetze, Ausbildungs- beziehungsweise Studien- und Prüfungsverordnungen sowie Approbationsordnungen der bundesrechtlich geregelten ärztlichen und anderen Heilberufe sind bereits vielfach so angelegt beziehungsweise sollen, soweit fachlich geboten, in zukünftigen Reformvorhaben dahingehend angepasst werden, dass insbesondere auch die fachlichen Grundlagen sowie die Bedarfe und Bedürfnisse in der

Versorgung von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in den Kompetenzprofilen abgebildet werden und Berücksichtigung finden. Neben der Vermittlung der besonderen Kompetenzen im Rahmen der Ausbildungen gewährleisten sie auch die Chancengleichheit von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen während einer Ausbildung oder eines Studiums zu einem Heilberuf, soweit dies in Bezug auf die jeweilige Ausbildung möglich ist.

Im Übrigen wird bezüglich konkreter Maßnahmen zur Erhöhung der Bewusstseinsbildung bei Gesundheits- und Pflegeberufen für die Belange von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen, insbesondere kognitiven Beeinträchtigungen, auf Kapitel 4 des Aktionsplanes für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen vom November 2024 verwiesen, der am 2. Dezember 2024 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wurde (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Aktionsplan/Aktionsplan_barrierefreies_Gesundheitswesen_2024.pdf).

78. Sieht die Bundesregierung Überarbeitungsbedarf bei der bundeseinheitlichen Richtlinie zur Barrierefreiheit von Arztpraxen, wenn ja, welchen, und wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung sieht derzeit keinen Überarbeitungsbedarf der Richtlinie gemäß § 75 Absatz 7 Nummer 3a SGB V zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen und vollständigen Bereitstellung von Informationen nach Absatz 1a Satz 2 (Barrierefreiheit). Die aktuell geltende Richtlinie für Vertragsarztpraxen wurde erst zum 15. Juli 2024 nach einer umfassenden Anpassung veröffentlicht (www.kbv.de/media/sp/2024-07-15_KBV_Richtlinie_Sprechstundenzeiten_Barrierefreiheit.pdf).

Zudem ist es der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen, dass alle Patientinnen und Patienten einen bedarfsgerechten Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung und in diesem Zusammenhang umfassende Informationen zur Barrierefreiheit von Arzt- und Zahnarztpraxen erhalten, weshalb der am 2. Dezember 2024 veröffentlichte Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen (www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/aktionsplan-barrierefreies-gesundheitswesen-pm-02-12-24.html) eine Verpflichtung zur Meldung von Angaben zur Barrierefreiheit durch Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzte und eine Verpflichtung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur Erstellung einer Richtlinie zur Barrierefreiheit vorsieht.

79. Wie bewertet die Bundesregierung, dass bis heute noch kein Gesetz zur Physiotherapieberufereform vorgelegt worden ist?
80. Was waren die Gründe dafür?
81. Welchen letzten Stand hatte das Vorhaben zum Zeitpunkt des Scheiterns der Bundesregierung?
82. Wie bewertet die Bundesregierung, dass bis heute noch kein Entwurf zum Gesundheitssicherstellungsgesetz vorgelegt worden ist?
83. Was waren die Gründe dafür?
84. Welchen letzten Stand hatte das Vorhaben zum Zeitpunkt des Scheiterns der Bundesregierung?

85. Wie bewertet die Bundesregierung, dass bis heute noch kein Entwurf für ein Patientenrechtegesetz vorgelegt worden ist?
86. Was waren die Gründe dafür?
87. Welchen letzten Stand hatte das Vorhaben zum Zeitpunkt des Scheiterns der Bundesregierung?
88. Wie bewertet die Bundesregierung, dass bis heute noch kein Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung medizinischer Register vorgelegt worden ist?
89. Was waren die Gründe dafür, und welchen letzten Stand hatte das Vorhaben zum Zeitpunkt des Scheiterns der Bundesregierung?
90. Wie bewertet die Bundesregierung, dass bis heute noch kein Entwurf für ein Versorgungsgesetz II vorgelegt worden ist?
91. Was waren die Gründe dafür, und welchen letzten Stand hatte das Vorhaben vor dem Scheitern der Bundesregierung?
92. Wie bewertet die Bundesregierung, dass bis heute noch keine Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte vorgelegt worden ist?
93. Was waren die Gründe dafür, und welchen letzten Stand hatte das Vorhaben zum Zeitpunkt des Scheiterns der Bundesregierung?

Die Fragen 79 bis 93 werden gemeinsam beantwortet.

Zu allen in der Fragestellung aufgeführten Gesetzgebungsvorhaben lagen Eckpunkte oder Gesetzentwürfe des Bundesministeriums für Gesundheit vor, die sich in unterschiedlichen Verfahrensstadien der Bearbeitung und der regierungsinternen Abstimmung befanden. Für die weitere Beantwortung wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung (insbesondere Teil II) verwiesen.

94. Wie bewertet die Bundesregierung die fehlende Umsetzung der 2. Säule zur Cannabislegalisierung?
95. Was waren die Gründe für die fehlende Umsetzung, und welchen letzten Stand hatte das Vorhaben zum Zeitpunkt des Scheiterns der Bundesregierung?

Die Fragen 94 und 95 werden gemeinsam beantwortet.

Die Eckpunkte eines 2-Säulen-Modells zur kontrollierten Abgabe von Cannabis zu nicht-medizinischen Zwecken an Erwachsene ab dem Jahr 2023 sahen für die zweite Säule die Erarbeitung des Entwurfs eines gesonderten, voraussichtlich notifizierungspflichtigen Gesetzes vor. Die parallel zur Umsetzung der ersten Säule begonnenen Arbeiten der Bundesregierung an der Vorbereitung der zweiten Säule umfassten komplexe fachliche und rechtliche Fragen in der Abstimmung zwischen den beteiligten Ressorts.

96. Wie bewertet die Bundesregierung die fehlende Umsetzung der Ankündigung aus dem Koalitionsvertrag, versicherungsfremde Leistungen künftig aus Steuermitteln finanzieren zu wollen, und in welchem Gesetz hätte die Bundesregierung diese Ankündigung umsetzen wollen?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

97. Wie bewertet die Bundesregierung die Aussagen des Bundesministers für Gesundheit, dass das „Aus der Ampel“ eine Gefahr für die Patientinnen und Patienten darstellen würde?
98. Das Ausbleiben welcher Gesetze würde nach Auffassung der Bundesregierung die größte Patientengefährdung nach sich ziehen (bitte nach Gesetzen und Schwere der Gefährdung aufschlüsseln)?
99. Wie erklärt die Bundesregierung den Umstand, dass angesichts dieser Gefährdungslage die entsprechenden Vorhaben erst so spät begonnen wurden, dass sie nun nicht mehr abgeschlossen werden können?
100. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass eine andere Prioritätensetzung innerhalb der Gesetzgebung in dieser Legislaturperiode die Patientengefährdung gegebenenfalls verringert hätte?

Die Fragen 97 bis 100 werden gemeinsam beantwortet.

Die Aussage des Bundesgesundheitsministers Dr. Karl Lauterbach, auf die sich die Fragen beziehen, steht im Kontext der geplanten Verbesserung der Versorgung durch die Reformvorhaben im Gesundheitswesen, die sich derzeit im parlamentarischen Verfahren befinden. Die Aussagen entsprechen der Position der Bundesregierung, wonach diese bei Umsetzung geeignet sind, die Versorgung von Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern.

Die Bundesregierung weist darauf hin, dass durch eine fraktionsübergreifende Zusammenarbeit die im parlamentarischen Verfahren befindlichen Vorhaben umgesetzt werden könnten. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

