

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)311(14.1)
gel VB zur öffentl. Anh. am
12.04.2021 - GVWG
08.04.2021

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zu den Änderungsanträgen zum Entwurf des
Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG,
BT-Drucksache 19/26822) und weiteren Anträgen der
Bundestagsfraktionen

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 07.04.2021

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und der SPD (Ausschussdrucksache 19(14)310)

Die Regierungsfractionen wollen per Änderungsantrag eine Vielzahl von Einzelregelungen überarbeiten. Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

1.1. Festzuschuss für Zahnersatz (§ 55 SGB V)

Eine Nichtinanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in 2020 soll coronabedingt keine nachteiligen Auswirkungen auf die Berechnung eventueller Festzuschussboni für Zahnersatz haben.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Aussetzung der zwingenden Vorsorgeuntersuchungen für die Boni der Krankenkassen zum Festzuschuss für Zahnersatz. Gerade Risikogruppen sind darauf angewiesen, insbesondere körpernahe Kontakte wegen der Infektionsgefahr zu vermeiden. Das muss auch für Vorsorgeuntersuchungen gelten, weshalb ein Ausbleiben der Untersuchung keine nachteiligen Folgen haben darf.

Der VdK fordert, diese Regelung gleich auf das Kalenderjahr 2021 auszuweiten. Das Pandemiegeschehen zeigt, dass sich auch in 2021 weitestgehend nichts an der Infektionsgefahr ändern wird. Der Impffortschritt ist langsam, die Infektionszahlen steigen bundesweit. Insbesondere die Risikogruppen, aber auch alle anderen Menschen sollten sich keinem unnötigen Infektionsrisiko aussetzen müssen, um Vorteile bei der Gesundheitsversorgung zu haben. Der Gesetzgeber sollte die Gelegenheit des GVWG nutzen, um diesen Punkt für 2021 gleich mit zu erledigen, denn das Ende der Legislaturperiode ist in Sicht.

Der VdK erinnert bei dieser Gelegenheit daran, dass Festzuschüsse zur Versorgung Menschen mit geringem Einkommen benachteiligen. Die Dicke des Geldbeutels darf nicht an den Zähnen zu erkennen sein. Der VdK fordert eine Übernahme aller medizinisch notwendigen Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Als erster Schritt muss der Festzuschuss der Krankenkasse in einen Festbetrag für den Patienten umgewandelt werden. Dann trägt die Krankenkasse das Risiko gestiegener Preise für Zahnersatz, das sie durch ihre Marktmacht wiederum direkt beeinflussen können.

1.2. Qualitätssicherung häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (§§ 132a, 132i SGB V)

Ambulante Pflegedienste, die allein häusliche Krankenpflege erbringen, können bei festgestellten Qualitätsmängeln im Rahmen der durchgeführten Qualitätsprüfungen zur fristgerechten Mängelbeseitigung vom jeweiligen Prüfdienst angehalten werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Absicht des Gesetzgebers, auch andere Leistungserbringer in die Qualitätsprüfung einzubeziehen und auf Mängelbeseitigung zu bestehen, ist für den VdK ein unterstützenswertes Anliegen. Aber dass es sich dabei im Wortlaut um „zuverlässige Leistungserbringer“ handeln muss, kann nicht nachvollzogen werden. Dies wird in der Rechtspraxis zu vielen Fragen führen, da „zuverlässige Leistungsbringer“ nicht normiert sind. Der unbestimmte Rechtsbegriff der „Zuverlässigkeit“ hat sich als zentral im Wirtschaftsverwaltungsrecht bewährt und ist dort Voraussetzung, um einem erlaubnispflichtigen Gewerbe nachzugehen. Folgerichtig wäre somit die Erfüllung des Merkmals der Zuverlässigkeit schon bei Erteilung der Betriebserlaubnis gegeben.

Nach allgemeinem Verständnis ist Verlässlichkeit schon gegeben, wenn damit die Sicherheit besteht, die genehmigte Tätigkeit ordnungsgemäß auszuführen. Somit würde gar kein Anlass für eine Beanstandung und Grund zur Nachbesserung bestehen. Das Kriterium der „Verlässlichkeit“ muss gerichtlich überprüfbar sein. Im SGB V gibt es in Bezug auf das Vergaberecht, zur Eignung eines Bieters, den formalen Nachweis der Verlässlichkeit. Sollte darauf abgezielt werden, dann ist der Bezug nochmals klar in der Gesetzesbegründung darzustellen.

1.3. Mitberatungsrecht der Patientenvertretung in den Zulassungsausschüssen für Vertragsärzte (§ 140f SGB V)

Das Mitberatungsrecht Patientenvertretung in den Zulassungsausschüssen soll an den Umfang des Mitberatungsrechts der obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen nach § 96 Absatz 2a Satz 1 angepasst werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Änderung. So wird, vergleichbar der Anpassung der Beteiligung der Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) an das Mitberatungs- und Antragsrecht der Patientenvertretung, umgekehrt hier eine Anpassung des Beteiligungsrechts der Patientenorganisationen auf Landesebene an das später hinzugekommene Mitberatungsrecht der Landesbehörden vorgenommen.

Der VdK mahnt aber weiteren Änderungsbedarf in § 140f Absatz 3 SGB V an: Es bedarf einer Angleichung des Beteiligungsrechts bei einer Zulassung nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen gemäß § 26 Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA. Bei neuen Zulassungen entscheidet der Zulassungsausschuss, analog dem Verfahren der Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 SGB V, unter anderem nach Versorgungsgesichtspunkten und den Belangen von Menschen mit Behinderung. Dies sollte in einem neuen Buchstaben e) des § 140f

Absatz 3 SGB V geregelt werden. Außerdem bedarf es einer Ergänzung in Satz 1 Nummer 5 der Vorschrift, um die Patientenbeteiligung in den Gremien der Qualitätssicherung auf Landesebene nach den Regelungen des G-BA zu verankern.

Weiterhin bedarf der Begriff des Mitberatungsrechts analog der Regelung in § 96 Absatz 2a SGB V einer Ergänzung. Denn noch immer werden Patientenvertreter nicht in allen Bundesländern auch zu den Beratungen eingeladen. Ein Mitberatungsrecht allein bei der Beschlussfassung, wenn alle Diskussionen bereits abgeschlossen sind, läuft so ins Leere. § 140f Absatz 3 Satz 2 SGB V ist zu ergänzen. Satz 3 ist zu ergänzen, damit wenigstens zwei Patientenvertreter zum Beispiel in Fachkommissionen gemäß den Richtlinien des G-BA teilnehmen können.

Größeren Änderungsbedarf in § 140f SGB V sieht der VdK insbesondere durch:

- gesetzliche Verankerung der bereits etablierten Patientenbeteiligung in den Gremien der Qualitätssicherung gemäß den Regelungen und Richtlinien des G-BA, insbesondere in Gremien auf Bundes- und Landesebene in Absatz 2 Satz 1.
- Klarstellung in Absatz 2 Satz 8, dass mit der Entscheidung über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe auch alle Entscheidungen verbunden sind, welche die Arbeit der Arbeitsgruppe gestalten. Handelt es sich um eine Arbeitsgruppe mit vielen beratungsintensiven Aufgaben, kann durch die Festlegung von Priorisierungen bei beschränkter Anzahl von Arbeitsgruppensitzungen die Beratung eines Antrags ohne weitere Einflussmöglichkeit der Patientenvertretung verzögert werden. Das Verfahrensrecht der Patientenvertretung muss daher klarstellend dahingehend ergänzt werden, dass das Einvernehmen mit der Patientenvertretung auch in Hinblick auf die Aufgabenstellung, den Zeitplan und die Anzahl der Sitzungen einer Arbeitsgruppe herzustellen ist.
- gesonderte Entschädigung für Sprecher: Nach der Geschäftsordnung des G-BA haben die Sprecherinnen und Sprecher der Träger sowie der Patientenvertretung besondere koordinierende Aufgaben. Sie sind insbesondere Ansprechpartner für die Vorsitzenden und die Geschäftsstelle in Verfahrensfragen, aber auch bei konkreten inhaltlichen Fragestellungen. All diese Aufgaben implizieren einen nicht unerheblichen Aufwand für herbeizuführende interne Abstimmungen innerhalb der Patientenvertretung und das Erfordernis, sich ständig auch über die Beratungsthemen in den Arbeitsgruppen eines Unterausschusses auf dem Laufenden zu halten. Dieser Aufwand der Sprecher fällt zusätzlich an zum Aufwand für die Vorbereitung und Teilnahme an Gremiensitzungen des G-BA und beträgt durchschnittlich 30 Stunden im Monat. Eine Zulage in Höhe von zwei Fünfteln der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 2 SGB ist dafür eine angemessene Entschädigung. Sie würde derzeit 1.316 Euro (West) und 1.246 Euro (Ost) betragen und ist in einem neuen Absatz 6 Satz 6 zu regeln.

1.4. Datenerhebung der Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit (§ 275 SGB V)

Krankenkassen sollen weitere Daten als schon vorliegend in Bezug auf eine Arbeitsunfähigkeit des Versicherten erheben können, um eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) zu ermöglichen. Bei vorheriger Einwilligung kann dies auch telefonisch erfolgen. Die

telefonische Erhebung ist zu protokollieren. Der MD hat eine Stellungnahme dazu und zu anderen Beauftragungen schriftlich oder elektronisch zu verfassen und ausführlicher als bisher zu begründen. Die Krankenkassen sollen eine Vielzahl von Daten auch vom Arzt des Patienten erheben können. Der G-BA soll dies in einer Richtlinie regeln.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Neuregelung in Bezug auf die telefonische Erhebung von Daten der Versicherten und in Bezug auf die Stellungnahmen des MD. Vieles davon entspricht den Forderungen des VdK: Einwilligung nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung, Protokollierung des Telefonats und die erweiterte Begründungspflicht des MD.

Die Datenerhebung bei Ärzten und Krankenhäusern lehnt der VdK in dieser weiten Form ab.

Die Datenerhebung betrifft auch Art und Umfang des Arbeitsverhältnisses und eine drohende Erwerbsunfähigkeit der Patienten. Dies darf nicht in eine Ausforschung der Versicherten über ihre Ärzte münden. Das Verhältnis von Arzt und Patient muss von Vertrauen geprägt sein. Dazu ist insbesondere die ärztliche Schweigepflicht da, um dieses Vertrauen abzusichern. Die Neuregelung geht mit den zu erhebenden Daten zu Beschäftigungsverhältnissen und Erwerbsminderung so weit, dass die Versicherten eine Ausforschung über ihren Arzt befürchten müssen. All die Daten, die beim Arzt abgefragt werden können, muss dieser auch dokumentieren. Es ist mit einem erheblichen Mehraufwand für den Arzt für eine einfache AU-Bescheinigung zu rechnen. Auch sind Drohszenarien der Krankenkassen gegenüber den Ärzten möglich. Folge darf auf keinen Fall sein, dass Ärzte weniger AU-Bescheinigungen ausstellen und Patienten lieber nicht mehr für eine Krankschreibung zum Hausarzt, sondern stattdessen krank zur Arbeit gehen.

Aufgabe der Gesundheitsversorgung ist, Patienten wieder gesund zu machen. Sie sollen nicht dazu getrieben werden, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen. Das verschlimmert die Krankheit nur und stellt unter Umständen ein zusätzliches Infektionsrisiko für Kolleginnen und Kollegen dar. Gerade in Zeiten der Corona-Pandemie sollte dies offensichtlich sein.

Komplett abzulehnen ist die Datenerhebung in Richtung einer „möglicherweise drohenden Erwerbsunfähigkeit“. Dies würde den Krankenkassen eine Möglichkeit mehr geben, Versicherte aus dem Krankengeldbezug zu drängen. Dafür gibt es aber das gesetzlich vorgegebene Verfahren der Aufforderung zur Antragstellung einer medizinischen Rehabilitation nach § 51 SGB V und der etwaigen Umdeutung dieses Antrags in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente nach Prüfung durch den Rentenversicherungsträger.

Manche Krankenkassen betreiben schon jetzt regelrechte Call Center, um Versicherte aus dem Krankengeldbezug zu drängen. Den Versicherten wird sogar zu einer Kündigung des Arbeitsverhältnisses geraten, um den Übergang in Arbeitslosengeld I zu erreichen oder eine Erwerbsminderungsrente zu beginnen. Die telefonische Kontaktaufnahme soll eigentlich der Hilfestellung für die Versicherten dienen. Erfahrungen in der VdK-Rechtsberatung zeigen, dass dies aber zu oft nur dafür genutzt wird, den Versicherten in andere Sozialleistungen zu drängen, obwohl noch ein Anspruch auf Krankengeld besteht.

Ursache ist, dass die Krankenkassen das Krankengeld nicht komplett durch den Risikostrukturausgleich erstattet bekommen. Damit besteht betriebswirtschaftlich ein hoher Druck,

diese Ausgaben zu minimieren. Auch der vorliegende Gesetzentwurf des GVWG sieht nur die Erstattung des Kinderkrankengeldes ab 2023 vor.

Der VdK fordert die komplette Erstattung der Ausgaben für Krankengeld durch den Risikostrukturausgleich. Nur das wird Abhilfe bringen. Im Änderungsantrag 7 der Koalitionsfraktionen sind § 275 Absatz 1b Satz 8 Nummer 3 und 4 SGB V zu streichen.

1.5. Verwaltungskostenerstattung Zentrale Zulagenstelle für Pflegevorsorge (§ 128 SGB XI)

Geregelt wird das Verfahren zur Verwaltungskostenerstattung, die aufgrund der staatlich geförderten Pflegevorsorge notwendig wird.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Aus Sicht des VdK sollte die steuerliche Förderung von Pflegezusatzversicherungen für Neuverträge gänzlich abgeschafft und die dafür vorgesehenen Steuermittel direkt zur Verbesserung der Versorgung in der Pflegeversicherung genutzt werden. Damit wären auch keine neuen Verwaltungsaufwendungen nötig, die refinanziert werden müssen. Die Bundesregierung trägt nur dazu bei, dass den privaten Versicherern ein wichtiges Geschäftsfeld erhalten bleibt und staatlich subventioniert wird. Dies geschieht wohl wissentlich, dass die Kosten für den Fall des Pflegebedarfs gar nicht genau berechnet werden können und damit die Pflegezusatzversicherung keinen umfassenden Schutz bieten kann. Mit der staatlichen Subventionierung wird dem Verbraucher aber genau das suggeriert.

1.6. Anwerbung ausländischer Pflegekräfte (Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland)

Die Anwerbung von ausländischen Pflegekräften durch Agenturen soll in Zukunft ethisch hochwertig erfolgen. Die Anwerbung kann durch ein Gütesiegel als solches gekennzeichnet sein. Das Gütesiegel wird vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) erarbeitet und herausgegeben. Zudem wird das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Förderzuschüsse zur Pflegekräfteanwerbung bis 2025 gewähren und das Antragsverfahren begleiten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt den Versuch, den Markt der Arbeitsvermittler zur Anwerbung von ausländischen Pflegekräften zu regulieren. Die fragwürdigen Praktiken einiger privater Vermittlungsagenturen mit „Knebelarbeitsverträgen“, hohen Rückzahlungsgebühren bei vorzeitigem Abbruch des Auslandsaufenthalts und mehr müssen der Vergangenheit angehören.

Es bestehen aber erhebliche Vorbehalte gegen das Verfahren. Es wird zu keiner Zeit deutlich, warum das KDA damit beauftragt werden soll und warum beispielsweise nicht die Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe oder andere Institutionen die Erarbeitung des Gütesiegels vornehmen können. Die in der Gesetzesbegründung dargelegte Entscheidung für das KDA weist kein einziges Kriterium auf, das die Qualität der Erarbeitung

des Qualitätssiegels zusichert. Die dort genannten Wesensmerkmale des KDA würden auch für andere Institute in Deutschland zutreffen und sind nicht hinreichend und spezifisch.

Für Projekte dieser Größenordnung wäre ein Ausschreibungsverfahren der richtige Weg gewesen. Das KDA zeichnet sich seit Jahren für seine ausgezeichnete Expertise in der Altenarbeit aus, vor allem aber im Bereich Wohnen und Quartiersarbeit. Erst mit der Errichtung des Deutschen Kompetenzzentrums für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) unter der Förderung des BMG gibt es erste Schritte zu einem Kompetenzerwerb hinsichtlich internationaler Fachkräfte. Ob die Vergabe des DKF an das KDA bereits durch Ausschreibung erfolgte, kann nicht nachvollzogen werden. Jetzt geht man erneut den Weg der Vorwegnahme. Das sollte nicht fortgeführt werden. Spätestens, wenn die Vergabe der Gütesiegel an Interessierte erfolgt, muss man sich von diesem Konstrukt lösen.

Zudem kritisiert der VdK, dass den in § 1 Absatz 4 benannten Akteuren nur ein Stellungnahmerecht eingeräumt wird.

Nichtsdestotrotz schlägt der VdK vor, dass der Auftrag zur Erarbeitung und Veröffentlichung des Gütesiegels nach § 1 Absatz 2 mit einem Erfüllungsdatum zu versehen ist. Es wird nicht deutlich, bis wann der Auftrag abgeschlossen sein muss. Dies ist aber maßgeblich, weil die Vergabe des Gütekriteriums auch mit den zu gewährenden Förderzuschüssen in Einklang gebracht werden muss. Da bereits im Jahr 2021 angedacht ist, dass das BAS 12 Millionen Euro an Förderzuschuss ausschütet, muss geklärt werden, wie derweil mit Anträgen von Einrichtungen und Agenturen umgegangen wird, die noch gar nicht das Gütesiegel erwerben konnten, aber trotzdem Fördermittelanträge stellen.

Allgemein weist der VdK darauf hin, dass eine sogenannte ethisch hochwertige Anwerbung nur möglich ist, wenn zuvor im Ursprungsland eine Bedarfsanalyse über den dortigen Fachkräftebedarf erfolgte. Gerade in der jetzigen Corona-Pandemie zeigt sich, dass jede Abwanderung von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal aus dem Ursprungsland nach Deutschland zwar für den hiesigen Pflegekräftemarkt eine Entspannung bedeutet, aber im Herkunftsland zu einer großen Verwerfung führen kann. Diese Art des „Care Drain“ hat sehr oft negative Auswirkung auf die Herkunftsländer und muss bei einer ethisch hochwertigen Anwerbung beachtet werden. Zudem wird es uns nicht gelingen, mit diesen Fachkräften den eigenen Bedarf zu decken, wenn nicht gleichzeitig die Arbeitsbedingungen durch die Unternehmer, Wohlfahrtsverbände, Politik und Leistungsträger verbessert werden. Alles andere ist Symptomkontrolle ohne wirkliche Ursachenbeseitigung. Die Rekrutierung von ausländischen Pflegekräften ist grundsätzlich nicht das Allheilmittel gegen den Pflegezustand.

2. Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE (Ausschussdrucksachen 19(14)310.1, 19(14)310.2, 19(14)310.3 und 19(14)310.4 und 19(14)310.5)

Der VdK nimmt hier zu ausgewählten Punkten Stellung.

2.1. Notfallversorgung (§ 120 SGB V)

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sieht Änderungsbedarf bei der beabsichtigten Neuregelung zur Notfallversorgung. Insbesondere muss die Ersteinschätzung unter ärztlicher Leitung liegen, und ein sofortiger Handlungsbedarf muss im Einzelfall vom zuständigen Arzt festgestellt werden, ohne der Plausibilitätsprüfung für die Abrechnung zu unterliegen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die beabsichtigte Änderung. Das Ersteinschätzungsverfahren sollte in medizinischer Hand liegen, auch wenn der Patientenkontakt nicht zwingend durch einen Arzt erfolgen muss. Aber ein Arzt muss im Zweifel den Behandlungsbedarf feststellen, ohne durch Abrechnungsformalitäten gebremst zu werden. Auch die Regelung der Supervision in der beauftragten G-BA-Richtlinie ist als Form der Qualitätssicherung zu begrüßen.

Insbesondere teilt der VdK die Auffassung der Fraktion, dass eine grundlegende Reform der Notfallversorgung nötig ist. Es bedarf einer einheitlichen Notfallversorgung, die aus dem Zusammenspiel von Notaufnahmen der Krankenhäuser, Notfallzentren und Hausarztpraxen erbracht wird.

2.2. Probatorische psychotherapeutische Sitzung (§ 92 SGB V)

Probatorische psychotherapeutische Sitzungen sollen noch während der Krankenhausbehandlung auch in der Praxis eines Psychotherapeuten stattfinden können.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK stimmt der beabsichtigten Neuregelung zu, da sie der Rechtssicherheit und einer Behandlungskette ohne unnötige Unterbrechungen dient. Allerdings sollte anstelle der Worte „vertragsärztliche Praxis“ der Begriff „vertragspsychotherapeutische Praxis“ verwendet werden, um Missverständnisse zu vermeiden.

3. Zu den Anträgen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE (BT-Drucksachen 19/25382, 19/26889, 19/27829 und 19/27833)

3.1. Patientenberatung (Anträge der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE)

Die Fraktionen fordern, die Patientenberatung in die Hände der Patientenorganisationen gemäß § 140f SGB V zu legen und dort zu verstetigen. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert hierzu eine Stiftung, die Fraktion DIE LINKE spricht von einer „gemeinnützigen und patientenorientierten Trägerschaft“. Die Finanzierung soll unabhängig von den gesetzlichen Krankenkassen vorgenommen werden. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN geht verstärkt auf die Notwendigkeit einer persönlichen Beratung vor Ort ein, die Fraktion DIE

LINKE betont spezielle barrierefreie Informationsangebote sowie einen wissenschaftlichen Beirat und eine kontinuierliche Evaluierung.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK fordert, die Patientenvertretung durch diejenigen durchführen zu lassen, die damit jahrzehntelange Erfahrung haben und sich allein am Wohl der Patientinnen und Patienten orientieren: die Patientenorganisationen gemäß § 140f SGB V. Es muss eine dauerhafte Zuordnung in einem geeigneten rechtlichen Modell geben, denn ein Ausschreibungsverfahren macht eine kontinuierliche Arbeit nicht möglich und setzt den Schwerpunkt auf ökonomische Gesichtspunkte. Die Finanzierung darf nicht aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen stammen, da das Handeln der gesetzlichen Krankenkassen Gegenstand der Beratung der Patientinnen und Patienten ist.

Die Patienten sind das schwächste Glied in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie benötigen oft dringend eine medizinische Behandlung, haben aber keine medizinische oder sozialrechtliche Expertise. Damit stehen sie den Leistungserbringern wie Ärzten oder Krankenhäusern einerseits und den Krankenkassen andererseits benachteiligt gegenüber. Diese Stellung ist durch eine unabhängige Beratung zu stärken. Damit die Unabhängigkeit von den Krankenkassen gesichert ist, muss das Geld für die Beratung aus Steuermitteln kommen.

Das jetzige Ausschreibungsmodell hat zu einer Fehlentwicklung geführt. Nach einem Prüfbericht des Bundesrechnungshofs vom Juni 2020 sind 30 Prozent der Fördersumme – also bis zu drei Millionen Euro pro Jahr – an den Träger, die Sanvartis GmbH, geflossen. Die Fördersumme von neun Millionen Euro jährlich war unabhängig von der konkreten Beratungsleistung. Verbindliche Zusagen dafür gab es nicht. Da die Beratung sich auch oft genug gegen die gesetzlichen Krankenkassen richtete, mag ein dortiges Interesse an der Einhaltung von angekündigten Beratungszahlen auch nicht vorrangig gewesen sein. Außerdem wird bei einer Ausschreibung immer der Kostendruck eine Rolle spielen, da andere Mitwettbewerber unterboten werden müssen.

Diese Fehlentwicklung ist zu stoppen. Für die Patientenberatung muss es eine dauerhafte Lösung mit einem geeigneten rechtlichen Modell geben, das keine Gewinnorientierung vorsieht. Bei den Patientenorganisationen ist das der Fall.

Patientenberatung muss ein niedrighschwelliges Angebot vor Ort umfassen. Dafür besteht ein hoher Bedarf, da die Beratung oft sensible Themen aus der Krankheitsgeschichte betrifft. Vielen Menschen ist dafür ein persönliches Gespräch lieber. Genau dies ist die Stärke der Patientenorganisationen, die darin jahrzehntelange Erfahrung haben, im Gegensatz zu einer neu zu gründenden Organisation nur auf Bundesebene.

Außerdem haben die Patientenorganisationen bereits die Strukturen für eine Beratung in der Fläche. Zusammen mit der großen Erfahrung würde dies den Aufbau und die Verstetigung von Expertise für die Patientenberatung deutlich erleichtern. Auch ein barrierefreies Angebot von Beratung und Information ist für diese Organisationen selbstverständlich, da sie bereits jahrzehntelang mit Menschen mit ihren vielen Beeinträchtigungen arbeiten.

Zur Klarstellung: Auch der VdK ist eine Patientenorganisation gemäß § 140f SGB V. Ein finanzielles Interesse besteht selbstverständlich nicht, da erstens eine unabhängige Träger-

schaft für die Patientenberatung – zum Beispiel durch ein Stiftungsmodell – gefunden werden müsste. Zweitens sind sowohl die 13 VdK-Landesverbände als auch der VdK-Bundesverband (Sozialverband VdK Deutschland e. V.) gemeinnützige Vereine, die weder gewinnorientiert arbeiten noch dies dürften.

3.2. Bessere Versorgung im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherungen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert eine unabhängige Bewertung und Vergleich der Versorgungsleistungen und der Versorgungsqualität in einem Portal, damit die Versicherten eine Krankenkasse auswählen können. Außerdem soll der Sachverständigenrat Gesundheit ein Gutachten über Anreize und Instrumente für ein besonderes Engagement der Krankenkassen vorlegen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Transparenz für die Versicherten und Anreize für eine gute Gesundheitsversorgung sind grundsätzlich zu begrüßen. Innerhalb des schon vorhandenen Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen sind dies sicherlich gute Ansätze.

Dennoch muss der VdK hier seine grundlegende Kritik am Wettbewerbsgedanken für gesetzliche Krankenkassen wiederholen. Keine Studie hat bisher belegt, dass der Wettbewerb zu einer besseren Versorgung der Versicherten führt. Ganz im Gegenteil: Die Krankenkassen nehmen gerne junge, gesunde Versicherte auf. Im Gegenzug ist es chronisch Kranken oder Menschen mit Behinderungen mit hohem Hilfsmittelbedarf fast unmöglich, die Krankenkasse zu wechseln. Denn die alte Krankenkasse fordert die oft leihweise gegebenen Hilfsmittel zurück, während die neue Krankenkasse ihrerseits den Hilfsmittelbedarf noch prüft. Wenn Menschen täglich auf Hilfsmittel wie Rollstuhl, Patientenlifter und mehr angewiesen sind, darf das Hilfsmittel nicht auf einmal fehlen.

Wie absurd diese Entwicklung ist, zeigt der Entwurf der Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung aus dem Bundesgesundheitsministerium. Diese Verordnung soll die Werbemaßnahmen zum Beispiel durch ein Sachlichkeitsgebot beschränken, enthält aber auch die Regelung: Ein Leistungsbescheid darf keine Werbung enthalten. Dies ist eine Selbstverständlichkeit, da ein Leistungsbescheid der zentrale Verwaltungsakt zwischen Krankenkasse und Versicherten ist. Jede überflüssige Information ist hier fehl am Platz. Dass das Bundesgesundheitsministerium so eine Regelung überhaupt für notwendig hält, ist ein Zeichen für die falsche Ausrichtung der Gesamtentwicklung.

Bezeichnenderweise ist der Verordnungsentwurf nicht aufgrund dieser Fehlentwicklung gestoppt worden, sondern aufgrund der Beschränkungen von Werbung in Fußballstadien. So gern der VdK auch eine Förderung des Breitensports sehen würde: Dann müssten erstens all die Millionen für Werbemaßnahmen auch dorthin fließen und nicht zu Fußball-Bundesligavereinen. Zweitens wären auch diese Millionen besser in Leistungen der Gesundheitsversorgung angelegt.

3.3. Akademische Ausbildung für Therapieberufe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Die Fraktion fordert einen verbindlichen Fahrplan von Bund und Ländern zur Akademisierung der Berufe von Ergo- und Physiotherapie und der Logopädie. Ziel soll sein, reguläre Studiengänge zu Beginn der nächsten Wahlperiode des Bundestags anzubieten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK steht einer Akademisierung der Therapieberufe sehr positiv gegenüber. Die Modellstudiengänge sollten in reguläre Studien überführt werden. Dass der Modellcharakter erneut bis 2026 verlängert werden soll, ist unverständlich, da seit 2009 genügend Zeit für ein Sammeln und Evaluieren der Erfahrungen besteht und offenbar das Fazit positiv ausfällt. Sonst würden die Modellstudiengänge ja nicht zum wiederholten Male verlängert. Auch die Einbindung der Berufsverbände der Therapeuten wäre zu begrüßen, da dort die fachliche Expertise aus der Praxis heraus sitzt.