



BAGP PatientInnenstellen, Astallerstr. 14, 80339 München

Deutscher Bundestag

z.Hd. Anja Lüdtkke

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Anja.luedtke@bundestag.de

gesundheitsausschuss@bundestag.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)311(27)
gel VB zur öffentl Anh am
12.04.2021 - GVWG
09.04.2021

München, 08.04.2021

**Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP) zur Anhörung
des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)**

Kontakt:

Geschäftsstelle der BAGP

c/o Gesundheitsladen München e.V.

Astallerstr. 14, 80339 München

mail@bagp.de

Verantwortlich:

Gregor Bornes & Carola Sraier, SprecherIn der BAGP¹

¹ Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -Initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach §140f SGB V anerkannten Patientenvertreterorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

BAGP, STN zu den Änderungsanträgen des GVWG, 08.04.2021

Diese Stellungnahme greift u. a. auf die Erfahrungen zurück, die die BAGP im Rahmen ihrer Patientenberatungsarbeit und als maßgebliche Organisation der Patientenvertretung nach §140 f SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und auf Landesebene sammelt.

Die BAGP formuliert die hier vertretenen Positionen ausschließlich aus Sicht der Patientinnen und Patienten, die BAGP hat keinerlei Interessenskonflikte mit Anbietern aus der Industrie, der Leistungserbringer und der Kostenträger. Aufgrund der kurzen Fristsetzung für die Abgabe dieser Stellungnahme konnten leider nicht sämtliche Vorschläge bewertet werden.

Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zum Kabinettsentwurf des GVWG vom 12.11.2020 und fügen diese der Vollständigkeit halber an (Anhang 1), da nunmehr nur auf ausgewählte Änderungsanträge Bezug genommen wird.

Zum §140f SGB V haben die maßgeblichen Organisationen einen gemeinsamen Vorschlag formuliert:

1. Reformbedarf des § 140f SGB V

Mit den folgenden Änderungsvorschlägen zu § 140f SGB V zielen wir auf folgende Punkte:

- Klarstellung zur Patientenbeteiligung in Gremien der Qualitätssicherung (§ 140f Abs. 2 SGB V)
- Klarstellung zur Einrichtung von Arbeitsgruppen im Gemeinsamen Bundesausschuss (140f Abs. 2 SGB V)
- Erweiterung der Mitberatungsrechte in Zulassungsausschüssen (teilweise bereits im Vorschlag 19(14)310 enthalten) (§ 140f Abs. 3 SGB V)
- Weitere Klarstellung zu Gremien der Qualitätssicherung (§ 140f Abs. 3 SGB V)
- Einführung einer Entschädigung für die besondere Belastung der Sprecher der PatV in den jeweiligen Unterausschüssen (§ 140f Abs. 6 SGB V)
- Veränderung der Regelungen zur Patientenbeteiligung auf Landesebene, damit funktionierende Unterstützungsstrukturen für die PatV in den Bundesländern entstehen

zu den Änderungsvorschlägen im Einzelnen:

Norm	Änderungsvorschläge	Begründung der Änderungsvorschläge
<p>§ 140f Absatz 2 SGB V</p>	<p>(2) ¹Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91, in den nach den Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §136 SGB V einzurichtenden Gremien für die Durchführung und Weiterentwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung auf Bundesebene, und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ³Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. ⁴Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt. ⁵Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4, § 135b Absatz 2 Satz 2, den §§ 136 bis 136b, 136d, 137a, 137b, 137c und 137f erhalten die Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. ⁶Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Organisationen nach Satz 5 in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. ⁷Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. ⁸Entscheidungen über die Einrichtung, Aufgaben, Zeitplan und Anzahl der Sitzungen einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den benannten Personen zu treffen. ⁹Dabei haben diese</p>	<p><u>Zu Satz 1</u> Mit der Ergänzung erfolgt eine gesetzliche Verankerung der bereits etablierten Patientenbeteiligung in den Gremien der Qualitätssicherung gemäß den Regelungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss. Dabei geht es insbesondere um die Gremien auf Bundes- und Landesebene (vgl. Ergänzung zu Absatz 3), welche gemäß der Regelungen des G-BA beim IQTiG (§ 137a SGB V) oder den Landesarbeitsgemeinschaften gebildet werden und die gemäß der Regelungen des G-BA die Aufgabe haben, Maßnahmen der Qualitätssicherung zu begleiten, durchzuführen oder weiterzuentwickeln (vgl. hierzu insbesondere die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)).</p> <p><u>Zu Satz 8</u> Es handelt sich hier um eine Klarstellung, dass mit der Entscheidung über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe auch alle Entscheidungen verbunden sind, welche die Arbeit der Arbeitsgruppe gestalten. Bereits gemäß § 140f Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V ist geregelt, dass Anträge der Patientenvertretung in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums beraten werden müssen, und dass, wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, das weitere Verfahren über die Beratung und Entscheidung festzulegen ist. Mit dem ergänzenden Verfahrensrecht der Patientenvertretung, wonach die Einrichtung einer Arbeitsgruppe im Einvernehmen mit der Patientenvertretung zu entscheiden ist, wollte der Gesetzgeber erreichen, dass die Patientenvertretung auch auf das weitere Verfahren der inhaltlichen Beratung Einfluss nehmen kann. Handelt es sich jedoch um eine Arbeitsgruppe mit vielen beratungsintensiven Aufgaben, kann durch die Festlegung von Priorisierungen bei beschränkter Anzahl von</p>

Norm	Änderungsvorschläge	Begründung der Änderungsvorschläge
	<p>ihr Votum einheitlich abzugeben.</p>	<p>Arbeitsgruppensitzungen die Beratung eines Antrags ohne weitere Einflussmöglichkeit der Patientenvertretung verzögert werden. Das Verfahrensrecht der Patientenvertretung wird daher klarstellend dahingehend ergänzt, dass das Einvernehmen mit der Patientenvertretung auch in Hinblick auf die Aufgabenstellung, den Zeitplan und die Anzahl der Sitzungen einer Arbeitsgruppe herzustellen ist.</p> <p>Die benannten Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter geben ihr Votum im Unterausschuss einheitlich über die Sprecherin oder den Sprecher ab; wird das Votum nicht oder uneinheitlich abgegeben, gilt ihr Einvernehmen als erteilt.</p>
<p>§ 140f Absatz 3 SGB V</p>	<p>(3) ¹Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten in</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. den Landesausschüssen nach § 90 sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3, 2. dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a, 3. den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen betroffen sind über <ol style="list-style-type: none"> a) die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, b) die Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, c) die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen, d) Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage der Entscheidungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden nach § 103 Abs. 2 Satz 4 	<p><u>Zu Satz 1 Nr. 3</u></p> <p>Das Mitberatungsrecht der Patientenorganisationen auf Landesebene wird angepasst an das den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden durch das TSVG eingeräumte und mit Wirkung zum 11.05.2019 in Kraft getretene Mitberatungs- und Antragsrecht im Zulassungsausschuss gemäß § 96 Abs. 2a SGB V.</p> <p>So wird, vergleichbar der Anpassung der Beteiligung der Länder im 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 angepasst.</p> <p>Durch diese Anpassung wird den von den Organisationen benannten Patientenvertretern und Patientenvertreterinnen die Mitberatung in den letzten Jahren hinzugekommenen Beratungen zur Besetzung oder Verlegung von Vertragsarztsitzen eingeräumt, die bislang in § 140f Absatz 3 unberücksichtigt</p>

Norm	Änderungsvorschläge	Begründung der Änderungsvorschläge
	<p>e) die Zulassung nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen nach § 104 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 3 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte,</p> <p>f) Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Abs. 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte</p> <p>4. den Zulassungsausschüssen nach § 96, soweit Entscheidungen betroffen sind über</p> <p>a) die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,</p> <p>b) die Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 10,</p> <p>5. den nach den Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §136 SGB V einzurichtenden Gremien für die Durchführung und Weiterentwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung auf Landesebene, ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. ²Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung, sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge. ³Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen; mindestens aber können zwei sachkundige Personen benannt werden. ⁴Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.</p>	<p>geblieben sind, bei denen allerdings Versorgungsgesichtspunkte eine wesentliche Rolle spielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Möglichkeit der Länder nach § 103 Absatz 2 Satz 4 SGB V hinsichtlich der Bestimmung von Teilgebieten eines Planungsbereiches, für die weitere Arztgruppen oder Fachrichtungen von Zulassungsbeschränkungen ausgenommen werden, ist auch durch das TSVG ergänzt worden. Damit soll der Bedarf für ländliche oder strukturschwache Gebiete zielgenauer gedeckt werden können. - Die Ergänzung für Ziffer 3 Nr. e) betrifft die Zulassung nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkung. Gemäß § 26 Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA. Bei neuen Zulassungen entscheidet der Zulassungsausschuss in diesen Fällen, analog dem Verfahren der Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4 SGB V, u.a. nach Versorgungsgesichtspunkten und der Belange von Menschen mit Behinderung. - Bei der Verlegung eines Vertragsarztsitzes dürfen Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen. Auch diese Frage kann aus Patientensicht in Hinblick auf das Anliegen der Sicherstellung einer möglichst flächendeckenden Versorgung sehr relevant sein. <p>Die Ergänzung in Satz 1 Nr. 5 bildet das Pendant zur Ergänzung in Absatz 2 Satz 1 und dient der gesetzlichen Verankerung die Patientenbeteiligung in den Gremien der Qualitätssicherung auf Landesebene nach den Regelungen des G-BA.</p> <p><u>Satz 2</u> Schließlich bedarf der Begriff des</p>

Norm	Änderungsvorschläge	Begründung der Änderungsvorschläge
		<p>Mitberatungsrechts analog der Regelung in § 96 Abs. 2 a SGB V einer Ergänzung. Denn noch immer werden Patientenvertreter/innen nicht in allen Bundesländern auch zu den Beratungen eingeladen. Ein Mitberatungsrecht allein bei der Beschlussfassung, wenn alle Diskussionen bereits gelaufen sind, läuft so ins Leere.</p> <p><u>Satz 3</u> Die Ergänzung zur Anzahl der Patientenvertreter/innen in den Gremien in Satz 3 ist erforderlich, um zu gewährleisten, dass z.B. in den Fachkommissionen gemäß der entsprechenden Regelung in der Qesü-RL des G-BA zwei PatV benannt werden und teilnehmen können.</p>
§ 140f Absatz 4 SGB V	<p>Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 111 Absatz 7 Satz 1, § 111c Absatz 5 Satz 1, § 112 Absatz 5, § 115 Abs. 5, § 126 Abs. 1 Satz 3, § 127 Absatz 8 und 9, §§ 132a, 132c Absatz 2, § 132d Abs. 2, § 132l Absatz 1 Satz 1, § 133 Absatz 4 und § 217f Absatz 4a vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.</p>	unverändert
§ 140f Absatz 5 SGB V	<p>Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstauffalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten</p>	unverändert

Norm	Änderungsvorschläge	Begründung der Änderungsvorschläge
	<p>Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.</p>	
<p>§ 140f Absatz 6 SGB V</p>	<p>¹Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 2 vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. ²Hierzu kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Stabstelle Patientenbeteiligung einrichten. ³Die Unterstützung erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildung und Schulungen, Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, koordinatorische Leitung des Benennungsverfahrens auf Bundesebene und bei der Ausübung des in Absatz 2 Satz 4 genannten Antragsrechts. ⁴Der Anspruch auf Unterstützung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gilt ebenso für die Wahrnehmung der Antrags-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte nach § 137a Absatz 4 und 7, § 139a Absatz 5 sowie § 139b Absatz 1. ⁵Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstaufschlag nach Absatz 5 besteht auch für die Teilnahme der sachkundigen Personen an Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie an Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3. ⁶Sachkundige Personen, die beim Gemeinsamen Bundesausschuss nach dessen Geschäfts- und Verfahrensordnung die Aufgabe des Sprechers oder der Sprecherin wahrnehmen, erhalten zusätzlich zu den Entschädigungen nach Absatz 5 Satz 1 vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Aufwandsentschädigung 2/5 der</p>	<p><u>Zu Satz 6</u> Nach der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschuss haben die Sprecherinnen und Sprechern der Träger sowie der Patientenvertretung besondere koordinatorische Aufgaben. Sie sind insbesondere Ansprechpartner für die Vorsitzenden und die Geschäftsstelle in Verfahrensfragen, wie z.B. Abstimmung von Tagesordnungen, Sitzungsniederschriften, Vorgehensweise bei Verzögerungen, Einrichtung von Arbeitsgruppen, Bestellung von Sachverständigen, aber auch für konkrete inhaltliche Abstimmungen, wie die Formulierung von Tragenden Gründen, zusammenfassenden Dokumentationen für Beschlüsse oder die sehr häufig auch kurzfristig erforderliche Rückmeldung von Voten. 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, mit den Patientenvertreter/innen in den Arbeitsgruppen Positionierungen zu besprechen und abzustimmen und auch mit im Auge zu behalten, ob ggf. seitens der maßgeblichen Patientenorganisationen weitere sachkundige Personen benannt werden sollten oder sonstiger Handlungsbedarf besteht.</p> <p>Dieser Aufwand der Sprecherinnen und Sprecher fällt zusätzlich an zum Aufwand für die Vorbereitung und Teilnahme an Gremiensitzungen des G-BA und beträgt durchschnittlich 30 Stunden im Monat. Bei einer Entschädigung in Höhe von zwei</p>

Norm	Änderungsvorschläge	Begründung der Änderungsvorschläge
	<p>monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) pro Kalendermonat der Aufgabenerfüllung.</p>	<p>Fünftel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 2 SGB IV, welche aktuell 3.290 € (west) und 3.115 € (ost) beträgt, wäre das aktuell ein Betrag in Höhe von 1.316 € (west) und 1.246 € (ost) und entspricht damit auch der Höhe des Verdienstauffalls nach Absatz 5.</p>
	<p>(7) ¹Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihrer gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsrechte auf Landesebene von den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung gemäß der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 SGB V durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. ²Hierzu <i>erstatten</i> der Landesausschuss nach § 90 sowie die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung den in Satz 1 genannten Organisationen die Aufwendungen für die Einrichtung einer Stabsstelle Patientenbeteiligung sowie für die anfallenden koordinierenden Maßnahmen. ³Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen, auf die Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, auf die Ausübung des in Absatz 3 Satz 2 genannten Antragsrechts sowie die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4. ⁴Die sachkundigen Personen haben gegenüber dem Landesausschuss nach § 90 und den Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung einen Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstauffall nach Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie für Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.</p>	<p><u>Zu Satz 1</u> Die Änderung stellt klar, dass sich die notwendige Unterstützung der Patientenbeteiligung und die Finanzierung von Stabsstellen auf alle im SGB V benannten Beteiligungsmöglichkeiten bezieht und benennt hier auch den Bereich der DeQS-Gremien, die auf Landesebene zahlreiche Arbeitsgemeinschaften vorsieht und damit erheblichen Koordinierungsbedarf auslöst. Mit dieser Ergänzung wird diese Notwendigkeit zur Unterstützung aller Gremien aus der Begründung zum Gesetz in den Gesetztext selbst geholt. Grund für diese Klarstellung ist die Tatsache, dass die gesetzliche Möglichkeit, Stabsstellen über die Landesausschüsse zu finanzieren bisher in keinem Bundesland umgesetzt wurde und auch noch keine Lösung über die LAGen DeQS gefunden wurde, obwohl schon in den geltenden Regelungen der DeQS-RL zur Patientenbeteiligung auf eine entsprechende Anwendung von § 140f SGB V auch in Hinblick auf die Unterstützungsstruktur verwiesen wird.</p> <p><u>Zu Satz 2</u> Die Änderung in Satz 2 stellt klar, dass für die Unterstützung der Patientenbeteiligung Gremien-übergreifende Stabsstellen notwendig sind, die nicht an eine der Gremien anzubinden sind. Hierfür ist eine Erstattungsregelung für die Kosten der Stabsstelle zu finden, die dann als Umlage über alle Gremienpartner der Selbstverwaltung zu finanzieren wäre.</p> <p><u>Zu Satz 3</u> Hier wird klargestellt, dass sich die</p>

Norm	Änderungsvorschläge	Begründung der Änderungsvorschläge
		<p>koordinierenden Leistungen auf gesetzlich definierte Aufgaben beziehen.</p> <p><u>Zu Satz 4</u> Die Ergänzung benennt nun alle Gremienpartner auch für die Pflichten zur Erstattung von Aufwendungen der Patientenbeteiligung. Insgesamt sollen die Änderungen in Absatz 7 sicherstellen, dass der den Gremien zugehörige Teil der Aufwendungen der Patientenbeteiligung durch die Selbstverwaltungspartner übernommen werden muss. Davon unberührt bleiben Aufwendungen, die die koordinierende Stelle der Patientenvertretung auch gegenüber der öffentlichen Hand für die Beteiligung in Gremien jenseits des SGB V gelten machen muss. Hierzu zählen z.B. Ethikkommissionen, Krankenhausplanungsausschüsse, Gesundheitskonferenzen u. a. Die Gesundheitsministerkonferenz hat am 7./ 8. März 2018 beschlossen, dass die Patientenbeteiligung adäquat zu unterstützen ist: <i>„Patientenbeteiligung ist ein Element zur Stärkung der Patientenrechte und trägt zur Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung bei. Hierzu bedarf es auch der Sicherstellung von angemessenen Ressourcen, um Patientenbeteiligung zu ermöglichen.“</i> Die Finanzierung von Stabsstellen der Patientenbeteiligung erfordert eine Abstimmung der jeweiligen Partner und soll sicherstellen, dass der gesetzliche Auftrag durch ausreichende Koordination und Unterstützung angemessen wahrgenommen werden kann. Dazu gehört die Akquise sachkundiger Personen, die Auswahl und Qualifikation der Patientenvertreter*innen sowie die Organisation von Abstimmungs- und Austauschforen, die Sicherstellung einer sachgerechten Benennung, die Rückkopplung zu den Erfahrungen der Betroffenen und die Information über geeignete Webseiten.</p>

Norm	Änderungsvorschläge	Begründung der Änderungsvorschläge
	<p>(8) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung nach § 140g anerkannten Organisationen erhalten für den Aufwand zur Koordinierung ihrer Beteiligungsrechte einen Betrag in Höhe von 120 Euro für jede neu für ein Gremium benannte sachkundige Person. Der Anspruch richtet sich gegen das jeweilige Gremium, in dem die sachkundige Person tätig ist. Der Anspruch ist durch den von den anerkannten Organisationen gebildeten Koordinierungsausschuss geltend zu machen.</p>	<p><i>unverändert</i></p>

2. Übergangsregelung zur Neuaufstellung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)

Aus Sicht der BAGP liegt derzeit kein mehrheitsfähiger Vorschlag zur Neuordnung der UPD bzw. Reform des § 65b SGB V vor. Die BAGP hat bereits frühzeitig einen Vorschlag zur Einführung eines § 140i SGB V erarbeitet und übermittelt, der aber bislang nicht aufgegriffen wurde (Anhang 1). Gleichzeitig droht aber ohne Neuregelung der UPD spätestens im November 2021 eine europaweite erneute Ausschreibung der UPD durch den GKV Spitzenverband für die Förderphase ab 2023, obwohl dies erklärtermaßen niemand will.

Die BAGP fordert den Gesetzgeber / die Bundesregierung daher dringend auf, eine automatische Neuausschreibung durch den GKV Spitzenverband zu unterbinden. Dazu könnte im Rahmen des GVWG der § 65b zum 31.12.2022, mindestens aber die Ausschreibungspflicht, ausgesetzt werden.

Die BAGP fordert den Gesetzgeber/ die Bunderegierung ebenfalls auf, eine Expertenkommission einzusetzen, die bis zum 30.09.2021 einen Vorschlag für die künftige UPD erarbeitet.

Dieser Vorschlag muss geeignet sein,

- die UPD als Angebot zu verstetigen,
- ein ausschließlich auf die Bedarfe der Ratsuchenden ausgerichtetes, regional gut erreichbares, barrierearmes und qualitativ hochwertiges Angebot zur Neuaufstellung der UPD vorzuhalten,
- die UPD unabhängig von Interessen der Kostenträger, Leistungserbringer und der Privatwirtschaft zu finanzieren,
- die Trägerschaft in Form einer Stiftung bürgerlichen Rechts zivilgesellschaftlich im Rahmen der maßgeblichen Patientenorganisationen zu organisieren,
- insbesondere vulnerable Zielgruppen zu erreichen,
- in regionalen Netzwerken mit bestehenden Angeboten zusammen zu arbeiten sowie
- Häufungen von Problemlagen aus der Beratungsarbeit zu extrahieren und regional sowie bundesweit aufzuzeigen.

(siehe dazu auch im Anhang 2: BAGP vom 14.12.2020 Neustart UPD, S. 5-7)

Aus Sicht der BAGP sind bei der Expertenkommission mindestens folgende Personen / Institutionen zu beteiligen:

- Mitglieder des jetzigen wissenschaftlichen Beirates der UPD,
- weitere Wissenschaftler*innen mit einschlägiger Expertise zum Thema unabhängige Patientenberatung und Gesundheitskompetenz,
- Vertreter*innen der Verbände des maßgeblichen Patientenorganisationen,
- Vertreter*innen des IQWiG und IQTIG,
- Expert*innen für Stiftungsrecht,
- Vertreter*innen der Gesundheitsministerkonferenz (A- und B- und G- Länder),
- Patientenbeauftragte der Länder und des Bundes,
- Vertreter*innen des BMG und BMJV.

Die Expertenkommissionen wird unabhängig moderiert durch eine ausgewiesene Expert*in und ist ausreichend finanziert.

Hintergrund zur Trägerschaft der Patientenorganisationen:

Allgemeine, nicht krankheitsspezifische Patientenberatung wurde seit den 1970er Jahren durch verschiedene Patientenorganisationen (Patientenstellen, Verbraucherberatungsstellen, Selbsthilfekontaktstellen, BehandlungsfehlerSelbsthilfe, u.a.) entwickelt. Diese Vorarbeit floss ein in die ersten Modellversuche zur Unabhängigen Patientenberatung ab 2001 ein und wurde auch dort von o.g. weiter entwickelt und getragen.

In der Förderphase der UPD bis 2015 ist bewiesen worden, dass die damaligen Träger der UPD in der Lage waren, qualitativ auf höchstem Niveau, an den Interessen der Patient*innen orientiert, neutral und unabhängig zu beraten.

Es gibt Betroffenen- und Beraterverbände in der Patientenbeteiligungsverordnung.

Der Gesetzgeber hat dort 2003 festgelegt, dass neben der organisierten Selbsthilfe weitere Organisationen zu berücksichtigen sind. Er hat als sogenannte Beratungsorganisationen solche beschrieben, die durch Beratung intensiven Kontakt zu Patient*innen und Verbraucher*innen haben und daher auch legitim sogenannte abgeleitete Patienteninteressen vertreten. Diese Kombination aus Beratung und Vertretung ist daher explizit gewünscht und für eine Beratungstätigkeit als UPD kein Widerspruch. Sie ist im Gegenteil ein wesentlicher Baustein für die Zugewandtheit/ Parteilichkeit des Angebotes und die Auswertung der Beratungstätigkeit im Sinne aller Patient*innen.

Anhang 1:

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP) zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, Stand 12.11.2020

Die BAGP befürwortet grundsätzlich die gesetzgeberische Initiative den Fokus auf Qualität und Transparenzsteigerung zu legen, neue Leistungen aufzunehmen und soziale Härten für privat Versicherte zu mindern. Die gezielte Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung ist zu unterstützen.

I. Zu den wesentlichen Entwurfsinhalten:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. §13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung

Die Änderungen bezüglich der Rabatte im Arzneimittelbereich sind nachvollziehbar. Grundsätzlich lehnt die BAGP das Prinzip der Kostenerstattung in der GKV ab, weil es dem Sachleistungs- und Solidarprinzip widerspricht und nur Versicherten mit dem Wahltarif Kostenerstattung ein Mehr an Mitspracherecht erlaubt.

2. § 17 SGB V Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

Die Änderung entlastet Angehörige von Arbeitnehmern im Ausland, die während der Elternzeit den Partner besuchen, da sie im Krankheitsfall Leistungen über den Arbeitgeber des Auslandsbeschäftigten erhalten. Die BAGP befürwortet diese Änderung, weil sie die betreffenden Familienmitglieder finanziell entlastet. Allerdings bleibt die Notwendigkeit einer privaten Zusatzversicherung, um Leistungslücken zu schließen. Wir sehen die gesetzliche Krankenversicherung in zwingender Beratungsverpflichtung, damit nach Auslandsrückkehr keine Versicherungslücken entstehen.

3. § 22a SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Die Änderung erweitert den anspruchsberechtigten Personenkreis um die Personen des Eingliederungshilferechts, deren Versorgung bisher nicht oder unzureichend sichergestellt werden konnte. Die BAGP begrüßt diese Änderung und hofft auf Sicherstellung der Versorgung der o. g. Versicherten.

4. § 23 SGB V Medizinische Vorsorgeleistungen

Die Änderung von Ermessens- in Pflichtleistungen zur Erbringung von ambulanten und stationären Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten ist eine angemessene Unterstützung von Versicherten, deren Lebensumstände eine ambulante Behandlung am Wohnort nicht erlauben. Die in Satz 2 genannten Zuschüsse zur Kostenbeteiligung der Unterbringung am Kurort müssten an heutige Preise angepasst werden, da der mögliche tägliche Zuschuss von 16€ keine wirkliche Entlastung darstellt. Vor allem für chronisch kranke Versicherte sollte eine Anhebung des Betrages erfolgen, was bisher nur für chronisch kranke Kinder in Höhe von 25€ täglich ermöglicht wird (Abs. 2, S. 3).

5. § 24 c SGB V Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

In der bisherigen Beschreibung der Leistungen wird folgender Satz ergänzt: „Ein Anspruch auf Leistungen nach Satz 1 hat jede Person, die schwanger ist oder ein Kind geboren hat.“ Der Gesetzgeber will damit zum Ausdruck bringen (und hoffentlich technisch umsetzbar machen), dass auch intersexuelle Menschen o. g. Leistungen erhalten, wenn sie schwanger sind oder ein Kind geboren haben. Die Erweiterung des Satz 1 ist damit eine Anpassung an das Geschlechtsmerkmal Divers.

6. § 24 h SGB V Haushalthilfe

Die BAGP nimmt die grammatikalische Anpassung zur Kenntnis.

7. § 27 b Abs. 2 Satz 1 SGB V Zweitmeinung

Der Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen soll ab 1.1.2022 jährlich um mindestens zwei weitere Diagnosen ergänzt werden. Dabei sollten nicht ausschließlich „mengenanfällige“ Leistungen berücksichtigt werden, sondern z.B. auch solche, bei denen mit besonders schwerwiegenden Risiken und Nebenwirkungen zu rechnen ist.

Auch wenn bei einer Erkrankung eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, sollten Patienten bei ihrer Entscheidungsfindung durch eine Zweitmeinung Unterstützung erhalten.

Die BAGP unterstützt die Ausweitung der Zweitmeinungsregelung auf weitere Erkrankungen und weist mit Nachdruck darauf hin, dass die wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser auch unabhängig davon unbedingt weiter zurückgedrängt werden sollen.

Wir fordern den Gesetzgeber auf, das Einholen einer Zweitmeinung allgemein zu fördern und nicht nur eine kleine Gruppe von Eingriffen dafür zu qualifizieren.

Vor allem halten wir aber fest, dass eine Zweitmeinung die Pflicht zur qualifizierten, verständlichen und ausgewogenen Erstberatung nicht ersetzen kann.

8. § 31 SGB V Arznei- und Verbandsmittel, Verordnungsermächtigung /

Abs. 5 enterale Ernährung / bilanzierte Diäten

9. § 32 SGB V Heilmittel

10. § 33 Abs. 9 SGB V Hilfsmittel

Bei der Implantation von Intraokularlinsen erhalten Versicherte mit der Neuregelung die Möglichkeit, höherwertige Linsen zu wählen und müssen die entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Dieses Verfahren ist nur dann für Versicherte eine gute Erweiterung, wenn sie hinreichend über das Für und Wider und die entstehenden Mehrkosten und auch über Folgekosten aufgeklärt werden. Eine besondere Aufklärungspflicht für den Leistungserbringer ist sicherzustellen.

11. § 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Die Erweiterung um den Personenkreis Jugendliche ist zu befürworten um die wichtige Versorgung der Hospizarbeit zu fördern.

12. § 39d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz und Palliativnetzwerken

Die Einführung des § 39d ist sehr zu befürworten, um die Versorgungslandschaft im Bundesgebiet für palliativ behandlungsbedürftige Patienten anzugleichen und zu vereinfachen. Die strukturelle Förderung eines Netzwerkkoordinators auf kommunaler Ebene wird zu einer größeren Transparenz für die PatientInnen und deren Angehörigen beitragen. Ob die Finanzierungskoppelung an die Zusage der kommunalen Träger der Daseinsvorsorge in gleicher Höhe sinnvoll ist, erscheint in Anbetracht der unterschiedlichen finanziellen Ressourcen von Kommunen fraglich. Die Sicherstellung eines funktionierenden Netzwerkes zur Ermöglichung der palliativen Versorgung am Wohnort darf nicht abhängig vom finanziellen Wohl und Wehe der Kommune sein.

13. § 55 SGB V Leistungsanspruch Zahnersatz

14. § 56 SGB V Festsetzung der Regelversorgungen

15. § 57 SGB V Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

16. § 62 SGB V Belastungsgrenze Evaluation der Spitzenverbände zu Ausnahmeregelungen, Abs. 5 wird aufgehoben

Weiterentwicklung der Versorgung

17. § Grundsätzliches

18. § 65d SGB V Förderung besonderer Therapierichtungen

Die Förderung von Modellvorhaben für die Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen wird nunmehr zeitlich befristet bis zum 31.12.2025. Die BAGP begrüßt eine Verlängerung der Laufzeit und der Modellvorhaben und fordert eine qualitativ hochwertige wissenschaftliche Begleitung und anschließend eine geeignete Überführung in die Regelförderung.

19. § 65e wird § 65f SGB V Ambulante Krebsberatungsstellen

20. § 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Zu den Punkten 21 – 25 enthalten wir uns einer Bewertung

26. § 95d SGB V Einfügen von § 95e SGB V Berufshaftpflichtversicherung

Die Verpflichtung für VertragsärztInnen, eine ausreichende Haftpflichtversicherung vorzuweisen ist eine langjährige Forderung der BAGP. Daher befürworten wir die Einführung einer gesetzlichen Regelung über die MBO hinaus im neuen § 95 d SGB V zur Nachweispflicht über das Vorhandensein / Bestehen einer solchen.

Positiv zu begrüßen ist die Festlegung einer Mindestversicherungssumme von 3 Mio. Euro für Personen und Sachschäden für jeden Versicherungsfall, wobei darüber hinaus der GKV-Spitzenverband mit BÄK, BZÄK, BPtK und den jeweiligen Kassen-(zahn)ärztlichen Vereinigung abweichend höhere Mindestversicherungssummen vereinbaren können.

Ebenfalls sind die Sanktionsmöglichkeiten durch die Zulassungsausschüsse zu unterstützen, da sie letztlich der Absicherung der Patienten / Versicherten dienen. Die Haftpflichtversicherungsunternehmen sollten in die Mitverantwortung genommen werden, dass bestehende Policen nicht kurzfristig von Seiten des Unternehmens gekündigt werden können. Außerdem ist zu überlegen, ob eine Kürzung des Versicherungsumfanges, die Beendigung und / oder Kündigung vom Versicherungsunternehmen direkt an den Versicherungsnehmer und die zuständige Kammer mitzuteilen ist. Es geht uns hierbei nicht um eine Misstrauensbekundung der Behandler, sondern um eine Absicherung der Patienten.

Da für manche Behandler/-fachgruppen die Versicherungssummen extrem hoch sind und Versicherungsunternehmen teilweise keinen Versicherungsschutz für Risikogebiete der Medizin anbieten wollen, muss ggf. über einen Kontrahierungszwang nachgedacht werden und über öffentliche Zuschüsse für die Zahlung der Versicherungssummen wie bei den Hebammen. Dass die Verpflichtung nach § 95d SGB V für ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte in BAGs mit angestellten Ärzten, Zahnärzte und Psychotherapeuten entsprechend angewandt werden muss ist zu befürworten und war längst überfällig.

Zu den Punkten 27, 29 – 33 enthalten wir uns einer Bewertung aufgrund der kurzen Fristsetzung für die Abgabe dieser Stellungnahme.

27. § 98 Abs. 2 SGB V Zulassungsvoraussetzungen

28. § 110a SGB V Qualitätsverträge

„Die Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen schließen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung Verträge (Qualitätsverträge).“

bb) In Satz 3 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter: „eine Verlängerung der Vertragslaufzeit ist zulässig bis eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 b Absatz 8 Satz 3 vorliegt, nach der für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich künftig kein Qualitätsvertrag mehr zur Verfügung stehen sollte.“ angefügt.

Die BAGP begrüßt grundsätzlich, dass Qualitätsverträge durch den GBA auch wieder ausgesetzt werden können, wenn ihre qualitätssteigernde Wirkung nicht ausreichend nachgewiesen werden

konnte oder wenn sie nicht in relevantem Ausmaß umgesetzt wurden. Konnte ihre qualitätssteigernde Wirkung jedoch nachgewiesen werden, sollten sie - so wie alle Selektivverträge - unverzüglich in die Regelversorgung überführt werden.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2022 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 0,30 Euro jährlich umfassen; der Betrag ist in den Folgejahren von 2023 bis einschließlich 2028 entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“

Die BAGP stellt fest, dass derzeit sehr offenbar die Anreizwirkungen zum Abschluss solcher Qualitätsverträge für die Vertragsparteien nicht ausreichend sind. So bieten die aktuell ausgewählten Leistungsbereiche aus Sicht der Krankenkassen zu wenige wettbewerbliche Vorteile, aus Sicht der Einrichtungen sorgen sie nicht für eine ausreichende Erlössteigerung. Dazu kommt die Intransparenz über bestehende Verträge für die Versicherten und Patienten. In der Folge ist aktuell eine relevante qualitätsfordernde Wirkung durch Qualitätsverträge in der Versorgungsrealität nicht erkennbar. Vor diesem Hintergrund versucht der Gesetzgeber nun, die Krankenkassen zu vermehrten Abschlüssen von Qualitätsverträgen zu verpflichten und will eine Unterschreitung festgelegter Summen für deren Abschluss sanktionieren. Es muss bezweifelt werden, dass die Ausweitung solcher selektivvertraglicher Anreize tatsächlich zu einer Versorgungsverbesserung führen wird, die bei den betroffenen Patienten ankommt. Fest steht lediglich, dass der Aufwand für ihre Umsetzung und deren Kontrolle erheblich ist und allein aus den Beiträgen der Versicherten finanziert werden soll, was kritisiert wird.

29. § 118 Abs. 2 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen

30. § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

31. § 127 SGB Verträge / Selektivverträge

32. § 130b SGB V Vereinbarung zwischen SpiBu und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

33. § 131 SGB V Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmen

Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung

34. § 136 a SGB V

Dem § 136a wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2022 einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 bereits verarbeiteten Daten fest.“

Die vorgeschlagene Anfügung des Absatz 6 an § 136a wird ausdrücklich begrüßt.

Ein solcher Qualitätsnachweis auch für die vertragsärztliche Versorgung ist überfällig. Die BAGP fordert diese Transparenz für die Versicherten angesichts der zunehmenden Ambulantisierung von Leistungen seit Jahren.

35. § 136 b SGB V Beschlüsse des G-BA zur QS im Krankenhaus

§ 136b wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden die Wörter „und Ausnahmetatbestände“ gestrichen.

Die Streichung der Wörter „und Ausnahmetatbestände“ in Nummer 2 § 136 b SGB V wird nicht befürwortet. Bei nachgewiesener hoher Qualität und gleichzeitig nachgewiesener Bedarfsnotwendigkeit sollen Krankenhäuser unterhalb der festgelegten Mindestmenge nicht automatisch von der Versorgung ausgeschlossen werden, weil nur so unbillige Härten für Versicherte und PatientInnen in der betroffenen Versorgungsregion verhindert werden können. Es ist insgesamt dringend notwendig, bei der Anwendung von Instrumenten zur Qualitätsentwicklung gleichzeitig auch die Bedarfsnotwendigkeit im Sinne einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu berücksichtigen.

Grundsätzlich begrüßt wird, wenn dem G-BA Fristen für die Umsetzung der ihm zugewiesenen gesetzlichen Vorgaben gesetzt werden, so auch hier hinsichtlich der Festlegung und zeitnahen Evaluation neuer Mindestmengen. Nur hierdurch ist gewährleistet, dass neue Mindestmengen ggf. zeitnah angepasst werden können. Gleichzeitig wird auch die Vorgabe, die Evidenz zu bereits bestehenden Mindestmengen kontinuierlich zu überprüfen, für zwingend erforderlich gehalten und insofern begrüßt.

Die Möglichkeit, im Zusammenhang mit der Mindestmenge nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 auch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festzulegen, wird befürwortet.

e) Der bisherige Absatz 5 wird aufgehoben.

Die ersatzlose Aufhebung von Absatz 5 § 136b wird abgelehnt.

Wie bereits zu oben dargelegt, sollte auch bei der Anwendung von Mindestmengen als Instrumenten zur Qualitätsentwicklung zwingend gleichzeitig die Bedarfsnotwendigkeit im Sinne einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung berücksichtigt werden. Wenn durch ersatzlose Aufhebung von Absatz 5 diese Aufgabe nicht mehr den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zukommen soll, muss ggf. der G-BA mit dieser Überprüfung beauftragt werden.

Begrüßt wird aber, dass eine solche Überprüfung über die Nichtanwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2 zukünftig nicht mehr auf Antrag der betroffenen Krankenhäuser erfolgen soll.

f) Absatz 6 Satz 5:

Die Neuformulierung von Absatz 6 Satz 5 § 136b wird abgelehnt.

Die ursprüngliche Formulierung (*„In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen“*) war deutlich patientenorientierter und sollte beibehalten werden.

g) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „vier“ gestrichen und die Wörter „nach Abschluss“ durch das Wort „während“ ersetzt.

Die Änderungen in § 136 b Absatz 8 werden zum großen Teil befürwortet.

Die Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität bereits während des Erprobungszeitraums von beschlossenen Qualitätsverträgen und nicht erst nach dessen Abschluss wird begrüßt. Es sollte allerdings ermöglicht werden, dass diese Untersuchung nicht zwangsläufig durch das Institut nach § 137 a erfolgen muss.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse nach Satz 1, die bis zum 30. Juni 2028 vorliegen, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2028 Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge bei den einzelnen Leistungen und Leistungsbereichen sowie zu der Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollten. In dem Beschluss über die Empfehlungen nach Satz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss darzustellen, inwieweit auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse erfolgreiche Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 überführt werden sollen. Ab dem Jahr 2021 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich eine aktuelle Übersicht der Krankenkassen und Zusammenschlüsse von Krankenkassen, die Qualitätsverträge nach § 110a geschlossen haben einschließlich der Angaben, mit welchen Krankenhäusern und zu welchen Leistungen oder Leistungsbereichen sowie über welche Zeiträume die Qualitätsverträge geschlossen wurden. Das Institut nach § 137a übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die hierfür erforderlichen Informationen.“

Die Anfügungen an Absatz 8 Satz 2 § 136b werden ausdrücklich befürwortet.

Sie stellen die für Versicherte und PatientInnen zwingend zu fordernde Transparenz über Anzahl, Inhalt und Vertragspartner der geschlossenen Qualitätsverträge her. Die BAGP fordert seit langem eine ebensolche Transparenz über sämtliche abgeschlossenen Selektivverträge.

Gleichzeitig wird befürwortet, dass auf der Grundlage der vom GBA durchgeführten Evaluationen erfolgreiche Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 überführt werden sollen.

Die BAGP fordert seit langem, dass auch sämtliche sonstigen Selektivverträge innerhalb von bestimmten Fristen evaluiert werden und über die Evaluationsergebnisse transparent Bericht erstattet werden soll sowie dass auf der Grundlage der Evaluationen Selektivverträge entweder eingestellt oder in die Regelversorgung überführt werden müssen.

h) Absatz 9 wird aufgehoben

Die Aufhebung Absatz 9 § 136b wird ausdrücklich begrüßt.

Die Regelungen zu Qualitäts-Zu- und Abschlägen (pay-for performance) haben sich nicht bewährt und sollten ersatzlos gestrichen werden.

36. § 137 Abs. 2 SGB V Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsforderungen des G-BA

a) In Satz 1 wird das Wort „Krankenhäuser“ durch das Wort „Leistungserbringer“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung“ gestrichen und die Wörter „das Krankenhaus“ durch die Wörter „der Leistungserbringer“ ersetzt.

Die vorgeschlagenen Änderungen in § 137 Absatz 2 SGB V werden befürwortet.

37. § 137 a Abs. 3 SGB V IQTIG / Patientenbefragungen

Die BAGP unterstützt die Beauftragung für Patientenbefragungen als gleichwertige Datenquelle zur Erhebung der Versorgungsqualität nachdrücklich, Sie fordert ihre zeitnahe Umsetzung und hierfür die Unterstützung durch alle Akteure. Ein weiterer Verzug bis zur Anwendung des Instruments im Echtbetrieb ist nicht hinnehmbar.

Zur Klarstellung hat es sich als erforderlich herausgestellt, § 137a SGB V durch die Einfügung der Worte „als gleichwertige Datenquelle“ zu ergänzen, so dass es heißt:

() *„...für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen als gleichwertige Datenquelle zu entwickeln,“*

Die Einfügung in Satz 1 Nr. 1 § 137 a Abs. 3 SGB V („*Patientenbefragungen auch in digitaler Form*“) wird grundsätzlich begrüßt.

Einschränkend ist festzustellen, dass die Umsetzung von Patientenbefragungen ausschließlich in digitaler Form unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der gesetzlich verpflichtenden und sanktionsbewehrten externen Qualitätssicherung aller Voraussicht nach nicht möglich ist, schon allein weil hierdurch bestimmte Regionen und Bevölkerungsgruppen derzeit ausgeschlossen würden. Auch für Follow-up-Befragungen wären Mail-Adressen - im Ggs. zu Adressen aus Einwohnermelderegistern - keine verlässliche Basis.

Keinesfalls darf sich die digitalisierte Form von Befragungen so vorgestellt werden, dass der Arzt in der Praxis oder in der Klinik ein Laptop oder Tablet bereit hält und die PatientInnen vor Ort auffordert, darin seine Bewertung auf elektronischem Weg abzugeben. Dieses - im Rahmen von freiwilligen Befragungen derzeit häufig zu beobachtende - Vorgehen, birgt die Gefahr erheblicher Verzerrungen durch das gut untersuchte Phänomen der sozialen Erwünschtheit auf Seiten der Patientinnen und ist manipulationsanfällig auf Seiten der Erheber durch die Möglichkeit der Selektion einer bestimmten Patientengruppe.

Das Angebot, auf ein Befragungsanschreiben ggf. auch auf digitalem Weg zu antworten, wird aber begrüßt.

Ergänzend muss angemerkt werden, dass der Gesetzgeber dafür sorgen muss, dass die Anforderung an Datenschutz bei der Versendestelle der Befragungsbögen, bei der Datenannahme und der Datenauswertung im Rahmen des § 299 SGB V umsetzbar wird.

b) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Entwicklung von Patientenbefragungen nach Satz 2 Nummer 1 soll das Institut vorhandene national oder international anerkannte Befragungsinstrumente berücksichtigen.“

Die Anfügung nach Satz 3 1 § 137 a Abs. 3 SGB wird befürwortet.

Wenn entsprechende validierte Instrumente bereits vorliegen und ihre Anwendungsmöglichkeit auf den deutschen Versorgungskontext und das zu adressierende Qualitätsproblem durch das Institut geprüft wurden, spricht aus Sicht der BAGP nichts dagegen, solche Instrumente in der externen Qualitätssicherung zu verwenden. So können ggf. Entwicklungszeiten verkürzt werden und dadurch Qualitätsprobleme rascher als bisher adressiert und behoben werden.

38. § 137 d SGB V QS in der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

In § 137 d Absatz 1 werden nach Satz 1 die folgenden Sätze eingefügt:

Die Einfügungen der Sätze nach Satz 1 in § 137d Absatz 1 werden von der BAGP prinzipiell begrüßt.

Diese Gleichbehandlung von Reha-Einrichtungen mit Krankenhäusern ist folgerichtig, denn sie unterstützt das gemäß § 9 SGB IX zu gewährende "Wunsch- und Wahlrecht" der Versicherten bei der Auswahl einer Reha-Einrichtung. Allerdings ist die Praxisrelevanz etwas eingeschränkt, da die Versicherten derzeit nur selten Einfluss auf die Auswahl der von ihnen in Anspruch genommenen Reha-Einrichtung nehmen können. So erfolgt z. B. die Verlegung in AHB-Kliniken im Rahmen des Entlassmanagements derzeit leider noch zu oft ohne Einbindung der Versicherten. Die durch die o. g. eingefügten Sätze angestrebte Erhöhung der Transparenz nutzt im Übrigen auch nur Patienten, welche die Anspruchsvoraussetzungen für die Kostenübernahme über die Krankenversicherung erfüllen.

39. – 41. §137 f SGB V Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Die Einführung des DMP Adipositas ist aufgrund der Bevölkerungsrelevanz sehr zu befürworten, solange die Versicherten nicht zur Einschreibung in das Programm gezwungen werden bzw. Nachteile durch die Nichtwahrnehmung haben.

42. § 176 SGB V Solidargemeinschaften

43. § 199a SGB V Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

Die grammatikalische Korrektur nehmen wir zur Kenntnis.

44. § 206 a SGB V Elektronische Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach §5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Das elektronische Abrufverfahren zwischen Finanzämtern und Krankenkassen sehen wir kritisch, da dadurch den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben wird, direkt auf Steuerdaten des

Versicherten zuzugreifen. Das halten wir für einen Bruch der informationellen Selbstbestimmung. Aus unserer Erfahrung erfolgt die verspätete Meldung der Einkünfte an die Krankenkassen – und damit evtl. das Entstehen von Beitragsschulden - nicht, weil es „verschlafen“ wird, sondern vielmehr weil die Informationen dem Versicherten aufgrund langwieriger Steuererklärung nicht vorliegen. Das „heilt“ auch der elektronische Abruf bei den Finanzbehörden nicht, weil auch dort nur die Informationen vorliegen, die der Versicherte dorthin gegeben hat. Insofern ist der direkte Griff der Krankenkassen auf die Steuerdaten des Versicherten aus Verwaltungsgründen unverhältnismäßig und abzulehnen. Der Paragraph 206a sollte in Gänze gestrichen werden. Vielmehr sind die Krankenkassen aufgefördert ihrer Beratungspflicht nach § 13 ff SGB I vollumfänglich nachzukommen und die Versicherten rechtzeitig auf die möglichen Folgen einer verspäteten Meldung hinzuweisen.

45. § 219 a SGB V Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland

Aufbringung der Mittel

46. § 226 Abs. 2 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder

Die BAGP hält die sachliche Gleichstellung in der Beitragsbemessung von nebenberuflich Selbstständigen Pflichtversicherten mit freiwilligversicherten hauptberuflich Selbstständigen für sachgerecht.

47. § 231 SGB V Erstattung von Beiträgen

Bei Überzahlung der Beiträge werden auf Antrag des Versicherten die Krankenversicherungsbeiträge erstattet. Die Krankenkasse muss nun mit der Änderung des § 231 SGB V den Versicherten über den Tatbestand der Überzahlung informieren, damit der Versicherte Kenntnis erlangt und einen Erstattungsantrag stellen kann.

Der BAGP geht diese Neuerung nicht weit genug, denn im Zuge der Entbürokratisierung könnte das Versicherungsunternehmen dem Versicherten den Beitrag auch ohne einen extra Antrag erstatten. Außerdem ist sicherzustellen, dass die Beiträge auch vier Jahre rückwirkend erstattet oder verrechnet werden.

48. § 240 Abs. 5 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

Die BAGP begrüßt die Anpassung und Gleichstellung der Freibetragsregelung an heutzutage übliche Familienverhältnisse.

Beitragszuschüsse

49. § 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte

RSA

- 50. § 266 Abs. 2 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (RSA)**
- 51. § 267 Abs. 1 SGB V Datenerhebung zum RSA**
- 52. § 269 SGB V Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte**
- 53. § 273 Abs. 3 SGB V Sicherstellung der Datengrundlagen für den RSA**

Medizinischer Dienst

54. § 275 SGB V Begutachtung und Beratung

Abs. 6 Neu: „Jede fallabschließende gutachterliche Stellungnahme des MD ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhaltes, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen.“

Die BAGP fordert diese Transparenz seit langem, da die Versicherten oder deren Angehörige über die Begutachtung nur selten ausreichend gut informiert sind. Das betrifft vor allem die Bekanntgabe des Gutachters, bzw. dessen Fachkompetenz / Facharztstitel. Nicht immer ist der Gutachter Experte zur Fragestellung, was für psychiatrische Erkrankungen ebenso zutrifft wie für endokrine oder seltene Erkrankungen. Die Vergabemöglichkeit an externe Gutachter mit Spezialwissen muss möglich sein und dem Versicherten mitgeteilt werden.

Außerdem muss sichergestellt werden, dass die Versicherten auch über Zwischenstände der Begutachtung informiert werden und nicht nur bei fallabschließenden Fragestellungen Einsicht in die Akte erhalten.

Die BAGP fordert die Möglichkeit zur Stellungnahme der Versicherten, bevor der Fall abgeschlossen wird. Nur so können sich Versicherte in die Antragsverfahren einbringen, ihre Rechte nutzen und ihre Interessen vertreten. Durch eine Vorabmitteilung könnten ggf. Tatbestände aufgezeigt werden, die eine andere Entscheidung zur Folge hätten, wie fehlende Befundunterlagen, Berichte, Arzneimittel. Die Verfahrenswege könnten so verkürzt werden und die Einbindung der Betroffenen / Patienten könnte zu einer Akzeptanzsteigerung der gutachterlichen Entscheidung führen, vorausgesetzt die Gutachten sind verständlich formuliert.

55. § 275 b SGB V Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den MD und Verordnungsermächtigung

Die Erweiterung des § 275 b SGB V um die Absätze 4 und 5 tragen zu mehr Klarheit der Aufgaben und Ziele der Begutachtungen bei.

Anregen möchten wir, dass es eine Beschwerdestelle geben sollte, wie sie im MDK Änderungsgesetz aufgenommen wurde. Wir gehen davon aus, dass die Aufgabenerfüllung für die Gutachter nicht immer problemlos und gütlich verläuft und fänden eine entsprechende unabhängige Beschwerdestelle notwendig zur Deeskalation.

56. § 276 SGB V

Die Transparenzinformation ist zu befürworten, wenn der Datenschutz sichergestellt ist.

57. § 277 SGB V

Die BAGP befürwortet die Informationspflicht des MD an die Versicherten unbedingt, da diese zur Wahrnehmung der Patientenrechte notwendig sind. Auch die Information der Leistungserbringer nach Einwilligung der Versicherten ist hilfreich für einen möglichst reibungsarmen Ablauf der Beantragung – Bewilligung oder Ablehnung der Versorgung. Hierbei ist unbedingt sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Begutachtung ohne zeitlichen Verzug kommuniziert werden.

58. § 279 SGB V Verwaltungsrat des MD

Die Änderung des § 279 SGB V ist eine Klarstellung in Bezug auf die Drittmittelfinanzierung von benannten Interessensvertretern, die wir als BAGP unterstützen.

Anregen möchte die BAGP, dass die Liste der zu benennenden Interessenvertretungen der Patienten- und Pflegebedürftigenorganisationen sich in den Bundesländern angleicht und man hier keine Berufsgruppenvertreter wie „Verband der Schwesternschaften des Roten Kreuzes e.V.“ aufführt. Für die zu benennenden Interessensvertreter der Patientenseite halten wir eine Amtsdauer von sechs Jahren für zu lang und würden für maximal drei Jahre plädieren, da unsere VertreterInnen sich in der Regel ehrenamtlich als PatientenvertreterInnen engagieren.

Zu den Punkten 59-62 enthalten wir uns einer Bewertung, ebenso wie zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und zu Artikel 3 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes).

Artikel 4 des Versicherungsvertragsgesetzes

§192 Abs. 7:

Die BAGP befürwortet die Änderung sehr, da die bisherige Regelung zu extremen unnötigen sozialen Härten für die Versicherten führt. Das Aufrechnungsverbot von Prämienforderungen und Rechnungsabgeltung schafft Klarheit für die Versicherten und die Kostenträger.

Die BAGP hatte diese Schräglage mehrfach angemahnt.

Zu den Artikeln 5-15 enthalten wir uns einer Bewertung.

Die BAGP möchte abschließend noch folgende Anregung geben:

Der Gesetzgeber anerkennt ja bereits die Notwendigkeit, dass die Patientenbeteiligung der Koordination durch eine unterstützende Infrastruktur bedarf. Da den Patienten ein Mitberatungsrecht in immer mehr gesetzlich vorgesehenen Gremien auch auf Länderebene eingeräumt wurde, wird der Aufbau dieser Infrastruktur hier immer dringlicher.

Mit dem MDK Reformgesetz wurde dies bereits mit einem Anspruch auf eine Stabsstelle im § 140 f Abs. 7 SGB V verankert. Die ausschließliche Anbindung an die Landesausschüsse hat sich aber in den Ländern im Dialog mit den Selbstverwaltungspartnern bisher nicht umsetzen lassen. Die Landesausschüsse fühlen sich nur für die Bereiche der Bedarfsplanung und nicht für die Aufgaben von Gremien zuständig, in die auch andere Partner (z. B. die Zahnärzte in der Qualitätssicherung gemäß DeQS -RL um nur ein Beispiel zu nennen) eingebunden sind.

Es kommt daher vor Ort zu keiner der Sache angemessenen Lösung und Finanzierung der notwendigen Stabsstellen auf Landesebene.

Die BAGP stellt sich die Frage, ob es möglich ist, die Absicht, die in der Begründung zu § 140 f Abs. 7 SGB V vom Gesetzgeber formuliert wurde, dass alle Gremien gemeint sind, auch in den Gesetzestext selbst aufzunehmen und die relevanten Gremien dort zu nennen.

Sollte die DeQD RL hier nicht "eingebaut" werden können, wäre zu klären, ob nicht zumindest auch die Gemeinsamen Landesgremien genannt werden können, da diese mehr Selbstverwaltungspartner integrieren als die Landesausschüsse.

Der Gesetzgeber müsste den G-BA dann evtl. zur Anpassung der DeQS RL auffordern.

Der BAGP ist bewusst, dass die Finanzierung einer Stabsstelle durch Umlagefinanzierung bei den Selbstverwaltungspartnern bzw. den Federführenden der Landesausschüsse kompliziert wäre. Eine Verpflichtung mehrerer Gremien zur Unterstützung bedeutet u. U. erhebliche Mehrarbeit für die Träger der Stabsstelle.

Die BAGP sieht es als günstigste Lösung an, wenn die Gremien der Bedarfsplanung und der Qualitätssicherung entsprechend ihrer Aufgaben und Größe verpflichtet würden einen bestimmten Betrag an die Patientenvertretung zum Betrieb einer eigenen Stabsstelle zur Verfügung zu stellen.

Da zusätzlich auch mit den Ländern unabhängig von den gesetzlichen Beteiligungsmöglichkeiten nach §140 f SGB V eine Finanzierung für Landesaufgaben (z. B. Landesgesundheitskonferenzen) notwendig ist, müssten eigentlich alle drei Strukturen verpflichtet werden, eine Landesstabsstelle der Patientenvertretung zu fördern.

Die BAGP möchte hiermit anregen, dass das BMG sich zeitnah mit den maßgeblichen Patientenverbänden auf Bundesebene ins Benehmen setzen würde über mögliche Lösungen.

Anhang 2: BAGP vom 14.12.2020 Neustart UPD, S. 5-7)

Neustart UPD

Unabhängige Patientenberatung hat in Deutschland bereits eine lange Geschichte. Sie hat begonnen als zivilgesellschaftliche Initiative, wurde von der Politik aufgegriffen und über Modellversuche als UPD in die Regelversorgung übernommen. Der gesamte Prozess wurde gestaltet von gemeinnützigen Patienten- und Verbraucherorganisationen, bis es 2015 eine neue Ausschreibung mit dem erklärten Ziel gab, die UPD als Call-Center und von kommerzieller Seite zu betreiben. Damit waren die bisherigen Organisationen raus und mit ihnen das gesamte Wissen und die kompetenten Mitarbeiter*innen. Dieser Schritt hat der UPD extrem geschadet, viele Akteure haben damals davor gewarnt, jetzt ist das Desaster öffentlich geworden und die Politik sucht dringend nach einem Ausweg aus dem Dilemma. Vor diesem Hintergrund stellen wir Anforderungen, eine Skizze und Leitbild einer neuen unabhängigen UPD vor, die an die Grundsätze der zivilgesellschaftlichen Patientenorganisationen anknüpfen. Damit sollen die Bekanntheit, Glaubwürdigkeit und Wirksamkeit der UPD wiederhergestellt werden. Eine gemeinsam von maßgeblichen Patientenorganisationen getragene Unabhängige Patientenberatung erfüllt folgende Anforderungen:

- Der Neustart der UPD ist verbunden mit einer Entfristung der Laufzeit bei stetiger Evaluation.
- Die bisherige Ausschreibung entfällt, es bleibt aber eine regelmäßige Evaluation und Prüfung.
- Die maßgeblichen Patientenorganisationen werden als Träger der UPD gesetzlich beauftragt.
- Die Patientenorganisationen sind gemeinnützig, unabhängig und neutral i.S.d. Patient*innen.
- Die UPD wird ein Projekt einer gemeinsamen PatientenStiftung der Patientenorganisationen.
- Die Bundesgeschäftsstelle sorgt für eine gute Steuerung, Qualitätssicherung und Support.
- Die regionalen Träger der Beratungsstellen sind gemeinnützig und vertraglich in UPD gebunden.
- Die Vernetzung mit den Beratungs- und Unterstützungsangeboten hilft konkret vor Ort.
- 25 - 30 interdisziplinär besetzte Beratungsstellen sind zuständig für ihre jeweilige Region.
- Die Ratsuchenden haben in der Regel direkt mit kompetenten Berater*innen zu tun.
- Die UPD ist niederschwellig und bedarfsgerecht persönlich, telefonisch oder online erreichbar.
- Die UPD bietet für benachteiligte Patient*innen spezielle Beratungszugänge an.
- Die regionale und bundesweite Telefonberatung wird koordiniert und speziell geroutet.
- Das Wissensmanagement und die Beratung werden mit neuen Technologien unterstützt.
- Die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen geschieht in Kooperation mit Portalen.
- Die Förderung der Gesundheitskompetenz soll gesundheitlicher Ungleichheit entgegenwirken.
- Die UPD unterstützt die Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch Monitor-Berichte.
- Die UPD wird wissenschaftlich begleitet (Beirat) und haushaltsrechtlich geprüft.
- Die UPD arbeitet mit einem jährlichen Budget von anfangs 10 Mio € mit Steigerungsraten.
- Die Finanzierung erfolgt aus Landesmitteln und Bundesmitteln aus dem Gesundheitsfonds.

Kurze Skizze einer neuen UPD

Die UPD wird bildlich gesprochen vom Kopf auf die Füße gestellt. Sie wird gemeinnützig und gemeinsam auf einer gemeinwohlorientierten Patienten-Plattform von einer neuen PatientenStiftung betrieben.

A. Die neue UPD ist regional verankert und gut erreichbar

Die neue UPD geht von den Bedarfen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie ihrer An- und Zugehörigen vor Ort aus. Diese Ausgangslage galt auch schon in der UPD-Phase bis 2015. Das seit dem praktizierte zentralistische Callcenter-Modell ist oftmals fachlich und rechtlich kritisiert worden. Die Neuorientierung zielt auf etwa 25-30 regionale Beratungsstellen, die in ihren Regionen auch für die Erreichbarkeit und Beratung in der Fläche zuständig sind. Sie sind interdisziplinär zusammengesetzt (gesundheitliche, rechtliche und psychosoziale Kompetenz) und bieten persönliche, telefonische und online-Beratung an. Die überregionale Telefonberatung wird über eine gemeinsame Hotline geregelt, die von jeweils 5 Beratungsstellen als Team organisiert und auf Bundesebene von einem Support-Team unterstützt wird. Die Beratungszeiten werden von Montag bis Freitag täglich 10 Stunden abdecken, am Samstag werden Anfragen über 5 Stunden angenommen und später qualifiziert beantwortet.

B. Die neue UPD ist qualitativ gesichert und gut qualifiziert

Die neue UPD wird ihre Tätigkeit auf Mitarbeiter*innen mit Hochschulqualifikation stützen, die im Team für die Patient*innen agieren. In jeder regionalen Beratungsstelle stehen alle Qualifikationen bereit und werden dabei unterstützt von einem Kompetenzteam auf der Bundesebene. Fortbildungen fördern die Beratungsqualität und Evaluationen sorgen für eine regelmäßige Qualitätssicherung. Ein Wissensmanagementsystem sorgt für die gemeinsame Entwicklung qualitätsgesicherter und praxisrelevanter Informationen. Die Dokumentation der Beratung und deren Auswertung für den Transfer der Ergebnisse u.a. in Politik und Patientenbeteiligung. Mit dieser Ausstattung soll erreicht werden, dass die Ratsuchenden möglichst direkt mit kompetenten Mitarbeiter*innen in einer verlässlichen Struktur zu tun haben und so das Vertrauen wieder hergestellt wird.

C. Die neue UPD ist bundesweit aufgestellt und gut strukturiert

Die neue UPD wird bundesweit nach den gleichen Vorgaben organisiert, eine Bundesgeschäftsstelle kümmert sich um die Steuerung des Gesamtprozesses und die Overhead-Aufgaben der UPD. Dafür ist sie ausreichend ausgestattet und autorisiert. Die UPD wird als Aufgabenbereich in der neu gegründeten gemeinnützigen und unabhängigen PatientenStiftung geführt. Dort werden die Fördermittel verwaltet und Verwendungsnachweise erstellt. Ein wissenschaftlicher Beirat wird die UPD-Entwicklung begleiten. Die Arbeit vor Ort in den regionalen Beratungsstellen wird von regionalen Trägern verantwortet, die mit der PatientenStiftung einen Vertrag schließen und somit an die gemeinsamen Vorgaben gebunden sind. Die Auswahl der regionalen Träger trifft der Stiftungsvorstand auf Antrag unter Beteiligung der Stifter. Die regionale und bundesweite Struktur werden vernetzt auf Ebene der Träger und Mitarbeiter*innen.

D. Die neue UPD ist finanziell transparent und gut angesehen

Die neue UPD entsteht durch einen Neuanfang unter veränderten Bedingungen. Sie bietet durch die

neue Trägerschaft eine seriöse Grundlage für ein transparentes Management. Die zivilgesellschaftliche Einbettung und die Gemeinnützigkeit ermöglichen eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen. Eine staatliche Grundfinanzierung auf Basis der jetzigen Förderhöhe ermöglicht die Umsetzung der hier skizzierten Elemente, eine Budgetkalkulation erfolgt separat. Die öffentliche Transparenz der Finanzierung verhindert die derzeitigen dubiosen Gewinnentnahmen. Die Stifter als gemeinnützige Patientenorganisationen sind auf Unabhängigkeit und Neutralität geprüft. Eine gute Öffentlichkeitsarbeit unterstützt die niedrigschwellige Erreichbarkeit und den medialen Transfer.

Leitbild einer neuen UPD

1. Die UPD ist unabhängig und neutral

Unabhängigkeit und Neutralität gelten für die Patientenberatung selbst, aber auch für die Finanzierung und Steuerung der Tätigkeit. Gemeinnützige Träger und die Finanzaufsicht gewährleisten diese Bedingungen und verhindern Missbrauch und Bereicherung.

2. Die UPD ist gemeinnützig und sozial

Sowohl die Tätigkeit wie auch die Trägerschaft der UPD erfüllen die Kriterien der sozialen Gerechtigkeit und der Gemeinnützigkeit. Sie kümmert sich um benachteiligte Gruppen und Personen. Eine Kommerzialisierung und versteckte Gewinne werden ausgeschlossen.

3. Die UPD ist kompetent und interdisziplinär

In der UPD arbeiten fachlich versierte und akademisch ausgebildete Berater*innen in den Fachbereichen Medizin/Gesundheit, Gesundheitsrecht und Psychologie/Sozialarbeit eng und interdisziplinär zusammen. Ergänzende Kompetenzen in Vernetzung, Verwaltung, Vermittlung.

4. Die UPD ist persönlich und empathisch

Die Berater*innen der UPD bekommen wieder ein Gesicht, sie sind persönlich ansprechbar telefonisch wie auch in den Beratungsstellen vor Ort. Sie hören zu, suchen gemeinsam mit den Ratsuchenden nach guten Lösungen und unterstützen bei der Umsetzung im Alltag.

5. Die UPD ist regional und unterwegs

In regionalen Beratungsstellen sind Berater*innen persönlich und telefonisch erreichbar. Diese Beratungsstellen sind auch in ihrer Region regelmäßig unterwegs. Auch schriftlich oder mit gesicherten online-Verbindungen, mit der App oder Bildtelefonie wird Kontakt ermöglicht.

6. Die UPD ist parteiisch und ehrlich

Ratsuchende können bei der UPD umfassende, individuelle ehrliche Antworten auf ihre Fragen bekommen. Prinzipiell wird eine parteiische Beratung angeboten, die den Ratsuchenden eine realistische Einschätzung ermöglicht und die Entscheidungs- und Handlungskompetenz stärkt.

7. Die UPD ist qualitätsbewusst und nachhaltig

Regelmäßige Fortbildungen, Fallgespräche und Auswertungen der Dokumentation führen zu einem qualitativ hochwertigen Beratungsangebot. Alle Fördermittel fließen mittelbar oder unmittelbar in die Beratung. Ratsuchende werden kostenfrei beraten.

8. Die UPD ist verständlich und verlässlich

Eine Verständigung in leichter Sprache ist ebenso möglich wie in mehreren Fremdsprachen. Eine barrierearme Kommunikation ist ebenso wichtig wie mit methodischen Hilfsmitteln zu prüfen, ob Ratsuchende die Beratungsinhalte verstanden haben und nutzen können.

9. Die UPD ist niedrigschwellig und kultursensibel

Die UPD setzt geeignete Mittel ein, um insbesondere benachteiligte Gruppen wie Menschen mit geringer Bildung, Migrationshintergrund, psychischen Erkrankungen, Behinderungen oder sozialen Benachteiligungen angemessene Zugänge zum Beratungsangebot zu bieten.

10. Die UPD ist präsent und vernetzt

Die Berater*innen vor Ort sind bestens vernetzt über ihre örtlichen Organisationen und die regionalen Netzwerke der Zivilgesellschaft. Sie sind auch medial präsent und sorgen für eine Kommunikation mit Patient*innen und Akteuren der regionalen Gesundheitsversorgung.

11. Die UPD ist kritisch und reflektiert

In jährlichen öffentlichen Berichten werden Probleme und Sorgen von Patient*innen im Umgang mit dem Gesundheitswesen analysiert. Aufbereitete Rückmeldungen gibt es auch für die Patientenvertreter*innen, die Politik und die interessierten Gebietskörperschaften.

12. Die UPD ist authentisch und glaubwürdig

Die Einbettung der UPD in zivilgesellschaftliche Strukturen vor Ort, im Land und im Bund sorgt für eine glaubwürdige und vertrauenswürdige Basis in den Beratungskontakten. Ratsuchende haben es mit engagierten und authentischen Personen und Organisationen zu tun.

Anhang 3: Entwurf eines neuer § 140i SGB V

§ 140 i SGB V: Förderung einer PatientenStiftung für Patientenunterstützung

(1) Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen und Zugehörigen sollen durch unabhängige Patientenberatung, Patientenkompetenz und Patientenbeteiligung unterstützt werden. Dazu können Organisationen nach § 140 f Abs. 1 SGB V in einer dafür geeigneten Rechtsform eine gemeinnützige, rechtsfähige und privatrechtliche PatientenStiftung als gemeinsame Service-Einrichtung gründen. Die Satzung bestimmt die Aufgaben und die Organe der Stiftung, die auch ein wissenschaftliches Institut errichten kann. Die Gründung dieser Gemeinschaftsstiftung soll bis zum 31.12.2021 erfolgen, andernfalls soll für die UPD eine öffentlich-rechtliche Stiftung gegründet werden.

(2) Die PatientenStiftung ist operativ tätig und übernimmt insbesondere folgende Aufgaben:

1. Trägerschaft der unabhängigen Patientenberatung. Verbraucherinnen und Verbrauchern sowie Patientinnen und Patienten und ihre An- und Zugehörigen sollen in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informiert und beraten werden, um ihre Entscheidungs- und Handlungskompetenz zu fördern, Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen.
2. Förderung der Patientenkompetenz in Kooperation mit dem Nationalen Gesundheits-Portal und dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Verlässliche und verständliche Patienten- und Gesundheitsinformationen sollen leicht zugänglich bereitgestellt werden und Patientinnen und Patienten unterstützt werden bei der Anwendung dieser Informationen.
3. Unterstützung der gesetzlich vorgesehenen Patienten-Beteiligung. Die Organisationen nach § 140 f Abs. 1 SGB V sind in vielfältigen gesetzlichen Patienten-Beteiligungsstrukturen aktiv. Diese Tätigkeit umfasst u.a. die Recherche von patientenrelevanten Forschungsergebnissen, Qualifizierung von Beteiligten sowie einen kommunikativen und technischen Support.

(3) Die PatientenStiftung soll ein Kuratorium bilden, das mindestens zweimal jährlich tagt und aus 12 Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaften, der Gesundheitspolitik, des BMG, des BMJV, der GMK, der/des Bundespatientenbeauftragten, des Städtetages und der Zivilgesellschaft besteht. Das Kuratorium berät den Stiftungsvorstand und den Stiftungsrat. Die PatientenStiftung veröffentlicht jährlich einen Bericht mit den wichtigsten Ergebnissen. Die Arbeit der PatientenStiftung wird regelmäßig intern und extern evaluiert.

(4) Ab 2023 wird die unabhängige Patientenberatung mit einem jährlichen Betrag von 10 Mio € gefördert. Die Unterstützung der Patientenkompetenz wird mit einem jährlichen Betrag von 5 Mio € gefördert. Die Patientenbeteiligung nach § 140 f SGB V wird mit einem jährlichen Betrag von 5 Mio € gefördert. Die jeweiligen Fördermittel werden aus dem Bundeszuschuss im Gesundheitsfonds (§ 221 SGB V) gezahlt und in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 (1) SGB IV angepasst. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ist zuständig für die Mittelvergabe und die Prüfung der Mittelverwendung.

(5) Der Aufbau der Stiftung, die Benennung der Organe, die Vorbereitung der Übernahme der vorgenannten Aufgaben und die Abstimmung mit allen Beteiligten werden mit 2 Mio € für das Jahr 2022 gefördert.

(6) Der bisherige § 65b SGB V entfällt zum 31.12.2022.

Begründung zu § 140 i SGB V:

Der neu eingefügte § 140 i SGB V ist in den Abschnitt zur Patientenbeteiligung eingereiht, der bisherige § 65 b SGB V zur unabhängigen Patientenberatung entfällt und wird im § 140 i neu geregelt. Auch wenn die Zuständigkeit der Krankenversicherung nach § 65 b wegfällt, ist mit der Trägerschaft durch Organisationen nach § 140 f und g SGB V und der Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds nach § 221 SGB V die Zuordnung im SGB V sachlich begründet.

Zu § 140 i Absatz 1 SGB V:

Die wesentliche Kritik an der derzeitigen Umsetzung des § 65b SGB V ist die fehlende Nähe der Betreiber zu den Sorgen der Ratsuchenden und die gewinnwirtschaftliche Ausrichtung. Hinzu kommen die relativ geringe Fallzahl, fehlende Regionalität und mangelnde Qualität. Mehrere öffentliche Anhörungen im Bundestags-Gesundheitsausschuss und ein Bericht des Bundesrechnungshofes haben die offensichtlichen Mängel und mögliche Lösungen aufgezeigt wie z.B. ein gemeinsames Stiftungsmodell der Patientenorganisationen nach § 140 g SGB V. Die rechtsfähige PatientenStiftung ist gemeinnützig und privatrechtlich organisiert und kann so das Vertrauen der Ratsuchenden und der Akteure im Gesundheitswesen zurück gewinnen.

Zu § 140 i Absatz 2 SGB V:

Aufgaben der neuen PatientenStiftung sind insbesondere die unabhängige Patientenberatung (bisher nach § 65b SGB V geregelt), die Förderung der Patientenkompetenz in Kooperation mit dem Nationalen Gesundheitsportal und Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz sowie die Unterstützung der gesetzlich geregelten Patientenbeteiligung. Zusätzlich können weitere Patientenbelange gefördert werden. Zur Umsetzung kann die PatientenStiftung ein wissenschaftliches Institut gründen und betreiben. Die Träger der PatientenStiftung haben jahrelange Erfahrungen mit der unabhängigen Patientenberatung UPD sowie mit der Patientenbeteiligung auf Bundes- und Landesebene. Dadurch können Synergieeffekte genutzt werden im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Zu § 140 i Absatz 3 SGB V:

Die Organe der PatientenStiftung sind der Stiftungsrat (strategisches Stifter-Gremium), der Stiftungsvorstand (operative Stiftungs-Leitung) und das Kuratorium (Stiftungs-Beirat). Das Kuratorium berät den Stiftungsrat und den Stiftungsvorstand und bei Bedarf das Bundesamt für Soziale Sicherheit und tagt mindestens halbjährlich. Im Kuratorium sind Vertreter*innen der Wissenschaften, der Gesundheitspolitik, des BMG, des BMJV, der GMK, der kommunalen Spitzenverbände, der Patientenbeauftragten sowie der Zivilgesellschaft beteiligt. Die Tätigkeit der PatientenStiftung wird evaluiert und in den Jahresberichten dokumentiert.

Zu § 140 i Absatz 4 SGB V:

Die öffentlichen Fördermittel für die PatientenStiftung sollen aus dem Bundeszuschuss im Gesundheitsfonds (§ 221 SGB V) finanziert werden. Für die Zuwendung und Prüfung der Mittelverwendung ist das Bundesamt für Soziale Sicherheit gesetzlich vorgesehen. Die Fördermittel sollen nach § 18 SGB IV jährlich angepasst werden. Die PatientenStiftung erstellt jährliche Budgets mit der Aufteilung der Fördermittel auf die Aufgaben nach Abs. 2.

Zu § 140 i Absatz 5 SGB V:

Der Aufbau der PatientenStiftung und die Vorbereitung der Aufgabenwahrnehmung nach Abs. 2 werden im Jahr 2022 pauschal mit 2 Mio € gefördert aus dem Gesundheitsfonds. Der § 65b SGB V

BAGP, STN zu den Änderungsanträgen des GVWG, 08.04.2021

entfällt zum 31.12.2022. Ein nahtloser Übergang vor allem der unabhängigen Patientenberatung ist zu gewährleisten.

(Dr. Rainer Hess, ehemaliger unabhängiger Vorsitzender des G-BA, hat zu dieser Option eine rechtliche Stellungnahme verfasst, die bei der BAGP angefordert werden kann.)