

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)64(3)
gel. VB zur öffent. Anh. am
09.11.2022 - Patientenberatung
08.11.2022



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 07.11.2022

zum Antrag

der Fraktion DIE LINKE

Patientenberatung stärken und ihr Angebot verbessern

Drucksache 20/2684

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



I. Vorbemerkung

Zu den gesetzlichen Aufgaben des GKV–Spitzenverbandes gem. § 65b SGB V zählte es bis zur Abschaffung der regelmäßigen Ausschreibungspflicht durch das Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten vom 18.08.2021 Einrichtungen der Unabhängigen Patienten– und Verbraucherberatung (UPD) für eine Laufzeit von sieben Jahren auszuschreiben und die Fördermittel im Einvernehmen mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu vergeben. Bei der Vergabe und während der Laufzeit wurden die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und der GKV–Spitzenverband durch einen Beirat, der die Entwicklung des Angebots kontinuierlich bewertet, beraten.

Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes hat die gesetzliche Krankenversicherung mit der Finanzierung der UPD in den letzten 20 Jahren einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Patientenorientierung in Deutschland geleistet. Die UPD ist allerdings nur ein Baustein auf dem Weg zu einem patientenorientierten Gesundheitswesen in einer vielfältigen Beratungslandschaft, die sich durch unterschiedliche Expertise und auch Zuständigkeiten auszeichnet. Daher kommt der Bedeutung der Vernetzung und auch des Wissens um diese Zuständigkeiten bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung eine hohe Bedeutung zu.

Die gesetzlichen Kranken– und Pflegekassen führen jedes Jahr millionenfach Beratungen bei ihren Versicherten auf Grundlage des Fünften und des Elften Buches Sozialgesetzbuch durch. Eine ergänzende Beratung durch die UPD hat ihre Berechtigung, stellt aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Auch von politischen Parteien, Beiratsmitgliedern der UPD und Patientenorganisationen wurde in den letzten Jahren immer wieder die Finanzierung der UPD aus GKV–Beitragsmitteln massiv kritisiert und eine dauerhafte Finanzierung aus Steuermitteln eingefordert. Die Bereitstellung von Informations– und Beratungsangeboten, die unabhängig von bestehenden Versicherungsverhältnissen auf sämtliche gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Fragen ausgerichtet sind, der gesamten Bevölkerung zugutekommen und auch – wie in der aktuellen Corona–Pandemie praktiziert – öffentliche Informationsfunktionen wahrnehmen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Die im Antrag geforderte Steuerfinanzierung ist folgerichtig und zu unterstützen.

II. Stellungnahme zum Antrag

Zu 1. Finanzierung der UPD aus Steuermitteln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die UPD soll aus Steuermitteln dauerhaft mit 20 Mio. Euro jährlich plus Ausgleich von Lohnerhöhungen und Inflation finanziert werden. Trägerin der UPD soll eine neue Patientenstiftung bürgerlichen Rechts werden. Die wesentlichen Entscheidungen trifft der Stiftungsrat, in dem diejenigen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V vertreten sind, die sich mit institutioneller Patientenberatung beschäftigen.

B) Stellungnahme

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen führen jedes Jahr millionenfach Beratungen bei ihren Versicherten auf Grundlage des Fünften und des Elften Buches Sozialgesetzbuch durch. Eine ergänzende Beratung durch die UPD hat ihre Berechtigung, stellt aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Auch von politischen Parteien, Beiratsmitgliedern der UPD und Patientenorganisationen wurde in den letzten Jahren immer wieder die Finanzierung der UPD aus GKV-Beitragsmitteln massiv kritisiert und eine dauerhafte Finanzierung aus Steuermitteln eingefordert. Die Bereitstellung von Informations- und Beratungsangeboten, die unabhängig von bestehenden Versicherungsverhältnissen auf sämtliche gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Fragen ausgerichtet sind, der gesamten Bevölkerung zugutekommen und auch – wie in der aktuellen Corona-Pandemie praktiziert – öffentliche Informationsfunktionen wahrnehmen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Die im Antrag geforderte Steuerfinanzierung wird entsprechend begrüßt.

Zu 2. Zusammenführung von Patientenberatung und Pflegeberatung des SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bis 2027 sollen die Patientenberatung und Pflegeberatung des SGB XI zusammengeführt werden. Pflegeberatung nach § 7a SGB XI soll unabhängig von den Pflegekassen durch Organisationen mit anwaltlichem Selbstverständnis erbracht werden. Die Beteiligung der Kommunen soll in der Pflegeberatung beibehalten bzw. in der Patientenberatung auf Kooperation mit angrenzenden Beratungsangeboten, wie u. a. der Sozialberatung, Teilhabeberatung, Drogenhilfe sowie Aspekte der Gesundheitsförderung, erweitert werden. Das Netz an Pflege–Beratungsstellen (Pflegestützpunkte) und die Professionalität sowie das anwaltliche Selbstverständnis der UPD sollen so synergistisch zusammengefügt werden.

B) Stellungnahme

Der GKV–Spitzenverband lehnt die im Antrag erhobene Forderung ab, bis 2027 die Patientenberatung und Pflegeberatung des SGB XI zusammenzulegen. Eine Zusammenführung von Patientenberatung und etablierten Strukturen der Pflegeberatung würde die aufgebauten Strukturen zerstören, ohne dass hierdurch ein „Mehrwert“ für Ratsuchende entstünde. Beide Beratungsangebote haben unterschiedliche Aufgaben, die nicht nur unterschiedliche Zugangswege zu den Betroffenen, sondern insbesondere auch spezielle Qualifikationen der Beratenden erfordern.

Die Beteiligung von Kommunen an der Patientenberatung, damit die UPD stärker mit anderen Beratungsangeboten kooperieren kann, wird als nicht notwendig angesehen. Die UPD hat bereits heute den Auftrag, Menschen mit komplexen Problemlagen, die z. B. einer Unterstützung der Drogenhilfe bedürfen, im Rahmen ihrer Verweis– und Lotsenfunktion auf entsprechende qualifizierte Angebote anderer Informations–und Beratungsangebote zu verweisen.

Zu 3. Patientenlotsen bzw. Case-Management

A) Beabsichtigte Neuregelung

Laut Antrag sollen Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf einen im SGB V verankerten Anspruch auf Patientenlotsen bzw. Case-Management erhalten. Das Case-Management soll unabhängig von Krankenkasse oder Behandelnden im Patienteninteresse organisiert werden. Case-Managerinnen und -Manager sollen insbesondere auch Beratende der UPD, aber auch andere qualifizierte Personen etwa von Stadtteil-Gesundheitszentren sein. Die Kriterien für Qualität und Unabhängigkeit legt der Stiftungsrat der Patientenstiftung fest.

B) Stellungnahme

Der Wunsch nach einer koordinierten Versorgung der Patientinnen und Patienten ist seit langer Zeit eine zentrale Forderung in der deutschen Gesundheitspolitik. Insofern kann das Anliegen grundsätzlich nachvollzogen werden. Es wurde jedoch auch bereits in zahlreichen gesetzlichen Regelungen aufgegriffen. Insofern ist fraglich, ob mit der Anbindung an eine unabhängige Patientenberatung eine Verbesserung gegenüber dem Status Quo gelingen könnte. Zwar kann der Wunsch nach Unabhängigkeit von den verantwortlichen Institutionen aus Sicht der Patientinnen und Patienten nachvollzogen werden. Gleichzeitig muss allerdings auch anerkannt werden, dass ein Versorgungs- und Fallmanagement eine umfassende Perspektive benötigt, die insbesondere sozialrechtlichen, medizinischen, sozialen und psychologischen Sachverstand erfordert, der auch in Zukunft nur begrenzt zur Verfügung stehen wird.

Da es unterschiedliche Konstellationen gibt, in denen Patientinnen und Patienten ein koordiniertes Fallmanagement eine Koordination von Versorgungsangeboten oder eine Beratung benötigen, hat der Gesetzgeber eine Vielzahl an Möglichkeiten und Rechtsgrundlagen geschaffen:

- § 11 Abs. 4 SGB V – Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (fachärztliche Anschlussversorgung, Pflegeeinrichtungen, enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen, Leistungserbringenden nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen).
- § 39 SGB V – Leistungsanspruch der Versicherten für ein Entlassmanagement im Rahmen einer Krankenhausbehandlung (Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung)
- § 37a SGB V – Anspruch auf Soziotherapie.

- § 43 Abs. 2 SGB V – sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerst-kranke Kinder und Jugendliche bis 14 bzw. 18 Jahren.
- § 132 g SGB V – Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.
- § 7a SGB XI – Pflegeberatung.
- § 65e SGB V – ambulante Krebsberatungsstellen, psychosoziale Beratung und Unterstützung.

Neben diesen speziellen Regelungen, die meist auf ausgewählte Personenkreise beschränkt sind, kommt klassischerweise den Hausärzten eine koordinierende Funktion zu. Ein weiterer Ansatz für eine sektorenübergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) finden sich in § 140a SGB V. Für chronisch Kranke Patientinnen und Patienten bestehen zudem Disease-Management-Programme gemäß § 137f SGB V (DMP). Dabei handelt es sich um strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten können sich bei ihrer Krankenkasse in ein solches Behandlungsprogramm einschreiben lassen. Damit werden sie über Einrichtungsgrenzen hinweg auf dem aktuellen medizinischen Forschungsstand behandelt. Ein koordiniertes Vorgehen soll dazu beitragen, unnötigen Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden vorzubeugen. Zu den folgenden chronischen Erkrankungen hat der G-BA bisher Vorgaben für Disease-Management-Programme festgelegt: Asthma bronchiale, Brustkrebs, Chronische Herzinsuffizienz, Chronischer Rückenschmerz, COPD, Depressionen, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Osteoporose und Rheumatoide Arthritis.

Bezüglich der sozialrechtlichen Beratung ist insbesondere auch auf die Angebote der Länder, Kommunen und Gemeinden hinzuweisen, die mit ihren Sozial- und Gesundheitsämtern umfassende Beratungsleistungen anbieten und damit ihrer Verantwortung gerecht werden.

Die Notwendigkeit für eine Verankerung weiterer Leistungsansprüche im SGB V zu diesem Aufgabenbereich sieht der GKV-Spitzenverband nicht.