

Prof. Dr. Raimund Geene MPH

Alice Salomon Hochschule
Berlin School of Public Health
Campus Charité Mitte
Bonhoefferweg 3a
10 117 Berlin
raimund.geene@charite.de
<https://bsph.charite.de>

Berlin, den 27.02.2023

Stellungnahme zur

Drucksache 20/5334

I. Zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (Neufassung § 65b SGB V)

Der Gesetzesentwurf zeigt einen **gut begründeten und folgerichtigen Weg** zu einer dauerhaften Sicherung und Weiterentwicklung der unabhängigen und neutralen Patientenberatung. Dabei ist zu würdigen, dass Inhalt und auch Wortlaut des Koalitionsvertrags zu Etablierung einer dauerhaften, staatsfernen und unabhängigen Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen vollumfänglich umgesetzt wird.

Mit der Stiftungsgründung wird der GKV-Spitzenverband beauftragt. Diese Regelung ist **naheliegend und nachvollziehbar**, ist diesem doch durch das SGB V die Gestaltungsaufgabe der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland zugewiesen. Die Auftragserteilung für eine unabhängige Patientenberatung ist ein wichtiges Element dieses Aufgabe und liefert den Krankenkassen umfassende Informationen, durch die sie sowohl ihre eigene Arbeit als auch die der von ihnen finanzierten Leistungserbringung überprüfen und verbessern können; dies kann selbstredend nur so geregelt werden, dass die Form der Patientenberatung und des Monitorings selber nicht beeinflusst werden darf.

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Neben einem Auftragsgutachten des Kollegen Thüsing berichten Medien auch über eine – mir bislang nicht vorliegende – gegenteilige Rechtsauffassung aus Reihen des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestags. Medien zitieren daraus, dass eine *"Patientenberatung in dem Umfang und der Art und Weise der Durchführung (...) nicht zu den rechtlichen Pflichten der Krankenkassen"* gehöre. Ohne Detailkenntnis der Ausführung erscheint dies widersinnig, denn die rechtlichen Pflichten werden volumäglich und ausschließlich durch das SGB V geregelt, und um entsprechende Handlungskonkretisierung handelt es sich hier. Dabei muss auch darauf verwiesen werden, dass die rechtliche Konkretisierung notwendig ist, weil das GKV-System die **dringende Reformaufgabe einer verstärkten, individuellen und kollektiven Patientenorientierung** bis 2015 zu zögerlich und seit Vergabe der UPD an die Sanvartis GmbH nicht mehr zufriedenstellend vorangetrieben hat.

Der Begriff der „*versicherungsfremden Leistungen*“ kann möglicherweise für private Versicherungen, aber nicht für Sozialversicherungen richtungsleitend sein. Im Gegenteil ist es eine wesentliche Aufgabe für die Sozialversicherung, **den sozialen Wandel zu antizipieren und aktiv zu gestalten**, und notwendige Reformen wie etwa **präventive und Patientenorientierung eigeninitiativ** voranzutreiben. Sollten sich allerdings entsprechende Reformverweigerungen perpetuieren, sind auch alternative Vorgehensweisen denkbar.

→ Zur Umsetzung sollte § 65b Abs. 1 als letzter Satz eine Fristsetzung mit Verweis auf **Ersatzvornahmemöglichkeit durch das BMG** ergänzt werden.

Alternativ kann auch **eine andere Institution, etwa der Gemeinsame Bundesausschuss, mit einer Gründung beauftragt** werden, wobei in diesem Fall die Option einer längerfristigen **Überführung der Trägerschaft an eine gemeinsame Einrichtung der maßgeblichen Patientenverbände nach §140f** vorgesehen sein sollte. Die Mittel sollten in diesem Fall über den **Gesundheitsfonds** oder aber, analog zur Finanzierung des GBA, über eine **Systemumlage** bereit gestellt werden.

Von hoher Bedeutung für eine erfolgreiche UPD ist eine enge **Verzahnung** mit weiteren Beratungsstellen, insbesondere der Selbsthilfekontaktstellen, der Beratungseinrichtungen der Selbsthilfverbände, der Pflegeberatung sowie der EUTB, wie sie in der Gesetzesbegründung dargestellt wird. Dabei sollte vor allem auch die Zusammenarbeit der kommunalen Akteure gestärkt werden.

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

- Zur Umsetzung sollte § 65b Abs. 2 normieren, dass die Stiftung eine **Wissensplattform** vorhält und diese auch auf Grundlage eines **Kooperationskonzepts** zur Mitnutzung / Synergiegewinnung für kooperierende gemeinnützige Verbände und Beratungseinrichtungen bereit stellt.

Der Gesetzesentwurf knüpft an die erfolgreiche und fachlich ausdifferenzierte Etablierung der Unabhängigen Patientenberatung in Deutschland seit 2002 an. Bis 2015 hat die UPD einen wichtigen Beitrag geleistet zur Stärkung von individuellen und kollektiven Patienteninteressen. Diese Patientenorientierung zeigte sich dies insbesondere in der starken regionalen Verankerung, so dass Patienteninteressen nicht nur im Rahmen des Gemeinsamen Bundesausschuss und der entsprechenden Ländergremien artikuliert, vertreten und weiterentwickelt werden konnten, sondern sich auch in der praktischen Beratungstätigkeit vor Ort niederschlugen. Dadurch konnte sich die „**seismographische Funktion**“ der Patientenberatung nicht nur überregional, sondern auch in den regionalen Versorgungsstrukturen niederschlagen.

Durch eine Verknüpfung der Patientenberatung in der neu zu gründenden Patientenstiftung werden die kollektiven Patienteninteressen, wie sie in der Patientenbeteiligungsordnung nach § 140f SGB V geregelt sind, substanzial gestärkt.

- Um die zentrale Funktion des Verweises auf mögliche Problemlagen im Gesundheitswesen als deutliche Aufgabenbeschreibung sicherzustellen, sollte § 65b Abs. 5 (Stiftungsvorstand) um die Aufgabenzuschreibung der **Herausgabe eines jährlichen Patientenmonitors** einschließlich der Option **länderspezifischer Berichtskapitel** ergänzt werden.

Der Stiftungsrat erscheint mit 13 benannten Mitgliedern arbeitsfähig. Dabei ist es sinnvoll, den Patientenverbänden nach § 140f eine Mehrheit der Sitze einzuräumen (mit Ausnahme von Fragen der Haushalts- und Wirtschaftsführung). Da es sich bei den Patientenverbänden nach § 140f um **sieben Verbände** handelt, wäre eine Empfehlung der Zahl der Sitze auf 7 zu prüfen. **Das Vorschlagsrecht sollte direkt bei den Patientenverbänden** liegen, die dieses (analog zum Vorschlagsrecht der beiden Vorstandsmitglieder gemäß Abs. 4) **einvernehmlich** vorzunehmen haben.

- Die Schlussregelung des § 65b Abs. 6 (Stiftungsrat) sollte einheitlich wie folgt geregelt werden: „Die Institutionen benennen die Mitglieder jeweils durch schriftliche oder elektronische Erklärung“.

Unbefriedigend bleibt im Gesetzesentwurf die **Einbindung der Wissenschaft**. Schon bislang sind die Mitglieder des Beirats ohne definierte Kriterien quasi

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

„handverlesen“; eine Verankerung oder Rückspiegelung in wissenschaftliche Fachkreise findet kaum noch statt.

- § 65b Abs. 9 (Wissenschaftlicher Beirat) Satz 3 sollte wie folgt geändert werden: „Sie werden vom Stiftungsvorstand **auf Vorschlag von für die Patientenberatung relevanten Fachgesellschaften** und mit Zustimmung des Stiftungsrats für eine Amtszeit von fünf Jahren bestellt“.

Die Formulierungen zur Evaluation erscheinen zu formal und bürokratisch und sind noch zu wenig an den Entwicklungsaufgaben der unabhängigen Patientenberatung ausgerichtet. Die Regelungen sollten vielmehr eine **Fortschreibungs- und Entwicklungsklausel** beinhalten, die eine entsprechende Diskussion zur Weiterentwicklung vorgibt. Die formative Evaluation durch einen Zusammenschluss diverser Hochschulen (u.a. Bielefeld, Hannover, Bochum) in den ersten beiden Förderphasen, konzipiert als Wissenschaftliche Begleitforschung, konnte hier umfassende Erkenntnisse generieren, distribuiert u.a. durch zahlreiche Fachveranstaltungen, Fachartikel und Lehrbücher zur Patientenberatung.

Seit 2009 wird die Evaluation jedoch durch gewerbliche Institute durchgeführt. Diese Form der Auftragsforschung ist wissenschaftlich problematisch, weil sie – in kritischem oder affirmativem Kontext – stark auftraggeberbezogen und wenig erkenntnisgenerierend ist. So sind die Evaluationsergebnisse seit 2009 tendenziell auf summative Evaluation verengt, die jeweils vorgegebenen Fragestellungen folgen. Eine diskursive Öffnung etwa über formative Elemente der Evaluationsforschung, öffentliche Veranstaltungen, Fachpublikationen o.ä., findet seit 2009 kaum noch, um nicht zusagen: gar nicht mehr, statt.

Dies zeigt einen Missstand, der aufgegriffen werden sollte. Durch die Engführung der UPD in den vergangenen Jahren gibt es **kaum noch Forschungsaktivitäten zur Patientenunterstützung in Deutschland**. Vormals umfangreiche Expertisen an diversen Universitäten, Hochschulen und weiteren Forschungseinrichtungen sind weitgehend zurückgefahren worden. Lediglich die NAKOS stellt weiterhin Transparenz sicher; Analysen liegen jedoch nur punktuell vor. Auch wenn Patientenorientierung als Querschnittsanforderung bei Förderlinien der Bundesministerien eingefordert wird, so bleibt die Einbeziehung von Patientenvertreterinnen und –vertretern als Einzelpersonen weitgehend funktional.

Hier stellt sich das dringende Desiderat, Forschungsprojekte und –verbünde zu Patientenberatung und Patientenrechten sowie zu Selbsthilfe, Patientenbeteiligung und Patientenorganisation zu initiieren und zu fördern.

- **§ 65b Abs. 10 (Evaluation)** sollte geöffnet werden und verschiedene Formen der **wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation** ermöglichen; entsprechende Ausschreibungen und Auftragserteilungen sollte der Vorstand, differenziert nach Handlungsfeldern, im Einvernehmen mit dem Wissenschaftlichen Beirat vornehmen. Für Begleitforschung und Evaluation sollte ein jährlicher Anteil **zwischen 5 und 10% der Gesamtmittel** bereit gestellt werden.

Zur **Höhe der Finanzierung** erscheint auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen mit unabhängiger Patientenberatung der im § 65b Abs. 11 des Gesetzesentwurfes genannte jährliche Betrag von 15.000.000 € mit entsprechender Dynamisierung angemessen.

- Im Falle einer – prinzipiell zu bedauernden – Abwendung von der direkten Zuordnung der Finanzierungsverpflichtung an die GKV sowie PKV sollte eine **Finanzzuweisung durch den Gesundheitsfonds** oder über eine **Systemumlage** geregelt werden.

Zusammenfassend wird die Intention der Gesetzesvorlage, Unabhängigkeit, Patientenorientierung und Nachhaltigkeit durch Stiftungsgründung bei Erhöhung der Finanzmittel und einer tragenden Rolle der Patientenorganisationen, nachdrücklich begrüßt.

II. Zum Änderungsantrag 3 der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zum § 20a SGB V (Neufassung § 20a SGB V)

Zu begrüßen ist, dass das **gesetzliche Vakuum** nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom Mai 2021 (Unwirksamkeit der bisherigen § 20a Abs. 3 und 4 SGB V) durch die vorgeschlagene Neuregelung adressiert wird.

Es ist ferner zu begrüßen, dass mit dem vorgelegten Vorschlag eine (Teil-) **Regionalisierung der Mittel** in die Länder erfolgt. Bislang waren die Landesrahmenvereinbarungen ohne jegliche Finanzverpflichtung, entsprechend mühsam und oftmals frustrierend waren die entsprechenden Beratungen nicht nur für die regionalen Vertretungen der Krankenkassen, sondern auch für die weiteren Mitglieder der LRV-Gremien aus Sozialversicherungen und der Länder.

Zudem ist in dieser Frage **Dringlichkeit** anzumahnen, weil die entsprechenden Kassenaktivitäten seit 2022 auf ein Minimum von 20 Cent pro Versicherten/ Jahr reduziert wurden. Die erst ab 1.1.2024 greifende Neuregelung erscheint zu spät, da Kürzungen und Rückbau seit 2020 die wenigen erfolgreichen Ansätze seit PrävG 2015, etwa die Verschränkung von Gesundheits- und Arbeitsförderung, substantiell bedrohen. Insbesondere in **Zeiten des Fachkräftemangels** ist davor zu warnen, solche Modelle – wie es aktuell stattfindet – durch drastische Einschränkung der Finanzmittel quasi „einzufrieren“, denn der Verlust von engagierten Mitarbeitenden kann auch zukünftig kaum kompensiert werden.

Die Koalitionsvereinbarung der Ampelregierung zeigt sich hier auch insgesamt deutlich ambitionierter als der vorgelegte Änderungsantrag. Im Koalitionsvertrag heißt es: „*Wir entwickeln das Präventionsgesetz weiter und stärken die Primär- und Sekundärprävention. Dem Leitgedanken von Vorsorge und Prävention folgend stellen wir uns der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zielgruppenspezifisch und umfassend*“ und weiter: „*Zu Gunsten verstärkter Prävention und Gesundheitsförderung reduzieren wir die Möglichkeiten der Krankenkassen, Beitragsmittel für Werbemaßnahmen und Werbegeschenke zu verwenden.*“

In diesem Sinne ist es von Bedeutung, den Blockaden in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten umfassend zu begegnen. Zu nennen ist hier die **mangelnde Ausrichtung an dem Ziel der Verringerung ungleicher Gesundheitschancen** und die **Missachtung des Gebots der**

„**kassenübergreifenden Leistungserbringung**“; tatsächlich werden die Mittel – wettbewerbsbedingt - weit überwiegend von den Einzelkassen verausgabt und bevorzugt in Settings wie Kita, Schule oder Hochschule mit eher geringer sozialer Belastung.

Zu bemängeln ist auch die **unbefriedigende Form der Kooperation**. Die Gremien sowohl auf der Bundesebene (NPK, Präventionsforum) als auch in den Ländern (LRVs) haben sich als bürokratisch und wenig initiativ gezeigt; insbesondere in der Corona-Pandemie, als Prävention das Gebot der Stunde war, sind hier kaum Aktivitäten erfolgt.

Hier bedarf es einer **neuen Form der Governance**. Zentrale Akteure dabei sind einerseits die Politik einschließlich der **öffentlichen Gesundheitsdienste** auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene, andererseits **Wissenschaft** und **zivilgesellschaftliche Akteure**. Dazu finden sich im Koalitionsvertrag zahlreiche Anknüpfungspunkte. Zu nennen ist hier vor allem der **Pakt für den ÖGD** und die vorgesehene Stärkung von **Public Health**. Gerade ein neues **Bundesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst** kann hier einen wesentlichen Beitrag leisten.

Auch die Initiativen zum Aufbau von niedrigschweligen Anlaufstellen („**Gesundheitskiosken**“) und auch eine **vernetzte Struktur der Unabhängigen Patientenberatung** (s.o.) können dazu wichtige Beiträge leisten.

Dieser Aufbruch im Public Health-Bereich spiegelt sich bislang noch kaum in der GKV-getragenen Primärprävention. Dieser sollte dringend mit weiteren Novellen, insbesondere die §§ 20b, 20d, 20e, 20f SGB V betreffend, aufgegriffen und zu dem angekündigten **Gesamtkonzept für eine Präventionsstrategie** (sukzessive: **Public Health-Strategie**) für Deutschland zusammen geführt werden.

Dringend angemahnt werden muss dabei

- Konsequente Ausrichtung auf **Soziallagenorientierung** zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten.
- Stärkung der **Transparenz**.
- **Mitgliedschaft und Governance-Strukturen** von NPK, Präventionsforum und den Gremien zu Aushandlung und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen.
- Stärkung der **Präventionsforschung** einschließlich wissenschaftlich fundierter Präventionsberichterstattung, auch in den Ländern.

- Profilierung des **Nationalen Präventionsberichts zu einem wissenschaftlichen Sachstandsbericht**, analog zu anderen Expertenberichten für Bundestag und Bundesrat (etwa: SVR Gesundheit, Familienbericht, Armuts- und Reichtumsbericht etc.).
- Entbürokratisierung und Dynamisierung des **Leitfadens Prävention**.
- **Vernetzungen vor Ort**, insb. mit Gesundheitsämtern und Frühen Hilfen, sowie zu gemeinsamen Strategien der Krisenprävention (etwa im Bereich von Klimagesundheit) und Krisenresilienz.
- Intersektorale Kooperationen auch in andere Ressorts; Entwicklung und Ausrichtung an einem übergreifenden Konzept im Sinne des „**Health in All Policies**“¹.

Das Potenzial der zahlreichen Akteure der öffentlichen Gesundheit, der Zivilgesellschaft und der Wissenschaft sollte dafür genutzt und in verbindliche Kooperation mit den Trägern der Sozialversicherungen „auf Augenhöhe“ überführt werden.

Zusammenfassend wird die Intention des Änderungsantrags zur Bündelung der Mittel und zur Regionalisierung begrüßt. Es muss jedoch konstatiert werden, dass damit nur ein kleiner, strukturell und finanziell zudem unzureichender Schritt der notwendigen Nachsteuerung des PrävG erfolgt, insbesondere auch mit Blick auf Kooperationserfordernisse.

Es besteht jedoch in dieser Frage Dringlichkeit, weil die gesetzliche Aufgabenerfüllung/ Selbststeuerung durch die Gesetzlichen Krankenkassen unbefriedigend ist und die mühsam aufgebauten ersten Ansätze – gerade in Zeiten des Fachkräftemangels – kaum noch aufrecht zu erhalten sind.

Prof. Dr. Raimund Geene

¹ International beispielgebend umgesetzt – nebst ausführlich dokumentierten Ansätzen u.a. in Finnland, Norwegen, Australien – durch das neuseeländische Modell des „Wellbeing Budget“.