

Stellungnahmen nicht geladener Sachverständige

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)84(1)
nicht. gel. VB zur öffent. Anh. am
01.03.2023 - UPD
22.02.2023



Stellungnahme

Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige
Patientenberatung Deutschland (UPD)
Entwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 20/5334)

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung	3
2 Unabhängigkeit und Finanzierung	3
3 Beratungsangebot.....	5
4 Wissenschaftlicher Beirat	6

1 Zusammenfassung

Patient*innen, darunter auch psychisch erkrankte Menschen, benötigen ein Beratungsangebot, das ihnen hilft, sich im Gesundheitswesen zu orientieren und mit auftretenden Schwierigkeiten fertig zu werden. Die Beratungsanlässe können sich dabei gleichermaßen auf Probleme mit Leistungserbringer*innen als auch mit Krankenkassen beziehen. Essenziell für ihre Akzeptanz ist folglich die Unabhängigkeit der zukünftigen Unabhängigen Patientenberatung (UPD). Ratsuchende müssen sicher sein, dass sie in ihrem besten Interesse informiert und unterstützt werden. Entsprechend müssen auch die Finanzierung der UPD und die Steuerungsstrukturen gleichermaßen unabhängig, sowohl von den Organisationen der Krankenkassen als auch der Leistungserbringer*innen, ausgestaltet sein. Vor diesem Hintergrund begrüßt die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) die Absicht, die Struktur der UPD neu aufzustellen und besser als bisher finanziell auszustatten, sieht aber dringenden Änderungsbedarf bei der angestrebten Trägerschaft und den organisatorischen Rahmenvorgaben der zukünftigen UPD.

2 Unabhängigkeit und Finanzierung

Im Koalitionsvertrag wurde zur Stärkung der Patientenrechte vereinbart, die UPD in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur zu überführen. Die Gewährleistung der Unabhängigkeit der Beratung in Bezug auf die Interessen der Akteur*innen im Gesundheitswesen ist zur Stärkung der Patientenrechte von besonderer Bedeutung. Patient*innen müssen sich darauf verlassen können, dass ihre Interessen die Beratungsinhalte bestimmen. Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgeschlagene Struktur und Finanzierung der UPD ist jedoch nicht geeignet, diese Unabhängigkeit von den Krankenkassen zu gewährleisten. Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) wird die Rolle des Stifters und des Finanziers der UPD übertragen. Damit erhält ausgerechnet der Verband eine prominente Rolle für die Neuausrichtung der UPD, dessen Mitglieder häufig Anlassgeber*innen für die Inanspruchnahme der UPD gewesen sind.

Den Hauptanteil (55 %) der Beratungen der UPD im Jahr 2021 machten – wie die Jahre zuvor – rechtliche Beratungen aus (Monitor Patientenberatung 2021¹). Dabei steht ein Großteil der rechtlichen Fragen im Zusammenhang mit Leistungen und Vorgehensweisen der Krankenkassen, zum Beispiel auf Platz eins Fragen zum Thema Krankengeld. Aber auch andere häufige Themen in der Beratung, wie die unzureichende Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln durch die Leistungserbringer*innen oder der schwierige Zugang zu

¹ Monitor Patientenberatung 2021: <https://www.patientenberatung.de/dokumente/UPD%20Monitor%20Patientenberatung%202021.pdf>.

Psychotherapie, einschließlich der Ablehnung der Kostenerstattung in Privatpraxen durch Krankenkassen, sind Themen, die die Interessen der Krankenkassen indirekt oder direkt berühren.

Darüber hinaus ist die rechtliche Frage offen, ob überhaupt der GKV-SV zur Aufbringung der Gelder für die Stiftung verpflichtet werden kann, ohne dass man ihm im Gegenzug ein weitreichendes inhaltliches Gestaltungsrecht zubilligt. Insofern birgt die derzeitige Ausgestaltung auch das Risiko, dass die inhaltliche Abhängigkeit der UPD vom Stifter und Finanzmittelgeber GKV-SV aus rechtlichen Gründen im Zuge des weiteren Beratungsverfahrens weiter gestärkt werden muss, was der Zielsetzung der Stärkung der Unabhängigkeit der UPD grundlegend zuwiderläuft. Die BPtK hält es deshalb für erforderlich, die Finanzierung der UPD und die Rolle des GKV-SV in der künftigen UPD noch einmal grundlegend zu überdenken. Stifter sollte aus Sicht der BPtK eine gemeinnützige Organisation sein, die weder den Leistungserbringer*innen noch den Kostenträger*innen im Gesundheitswesen zuzurechnen ist. Dafür und für die laufende Finanzierung sollten die nötigen Mittel direkt aus dem Bundeshaushalt oder dem (Steuerzuschuss zum) Gesundheitsfonds stammen.

Sollte an der Rolle des GKV-Spitzenverbands als Finanzier und Stifter festgehalten werden, müssen die organisatorischen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass eine Einflussnahme des GKV-SV auf die Stiftungsarbeit und die inhaltliche Beratung der UPD weitestgehend ausgeschlossen ist. Aus Sicht der BPtK ist im Gesetzentwurf jedoch nicht erkennbar, wie dies ausreichend gewährleistet werden soll.

Die Stiftungssatzung soll vom GKV-SV im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten erlassen werden. Die Einbeziehung des Patientenbeauftragten in die inhaltliche Ausgestaltung der Stiftungsarbeit stellt zwar einen Fortschritt dar, ist nach Auffassung der BPtK jedoch nicht ausreichend. In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf hatte die BPtK den Einbezug der Patientenorganisationen nach § 140f bzw. 140g SGB V als notwendig erachtet. Allerdings wird der* Patientenvertreter*in lediglich ein Anhörungs- oder Stellungnahmerecht zu den Inhalten der Stiftungsarbeit, die maßgeblich vom GKV-SV in der Stiftungssatzung festgelegt werden, eingeräumt. Im Sinne der Parität und als Gegengewicht zu den Interessen der Krankenkassen hält die BPtK es jedoch für erforderlich, dass die Inhalte des Stiftungsgeschäfts nicht nur im Benehmen, sondern mindestens im Einvernehmen mit dem Patientenbeauftragten festzulegen sind. Folgende Änderung in § 65b Absatz 1 ist deshalb erforderlich:

Änderungsvorschlag zu § 65b Absatz 1 Satz 6 SGB V:

„§ 65b

Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

(1) (...) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll den Inhalt des Stiftungsgeschäfts einschließlich der Bestimmung des Stiftungssitzes im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und ~~im Benehmen~~ mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten festlegen.

(2) (...)“

3 Beratungsangebot

Die BPTK begrüßt, dass dem regionalen Beratungsangebot vor Ort im Gesetzentwurf wieder mehr Gewicht eingeräumt wird, indem dieses gleichrangig mit dem digitalen Informationsangebot genannt wird. Insbesondere bei komplexeren Beratungsanliegen und für Bürger*innen, die einen persönlichen Austausch suchen oder sogar benötigen, hat die Beratung vor Ort in Beratungsstellen und mit mobilen Angeboten eine hohe Bedeutung. Zuletzt unter dem Eindruck von Corona sind die entsprechenden Angebote der UPD laut ihrem eigenen Tätigkeitsbericht praktisch eingestellt worden: Der häufigste Beratungsweg im Jahr 2021 war mit rund 94 Prozent das Telefon, gefolgt von der Online-Beratung mit rund 6 Prozent. Lediglich 0,1 Prozent der Beratung fand 2021 in regionalen Beratungsstellen statt. In den Jahren vor der Corona-Pandemie wurde zwar ein größerer, aber mit 3,4 Prozent (2019) immer noch verhältnismäßig kleiner Teil der Beratungen vor Ort durchgeführt (Monitor Patientenberatung 2021). Diese Ausdünnung der Präsenzberatung des aktuellen kommerziellen Anbieters der UPD im Vergleich zum Vorgängerangebot durch gemeinnützige Organisationen wurde in der Vergangenheit bereits kritisiert. Die BPTK begrüßt deshalb, dass mit der geplanten Erhöhung der Finanzmittel auch wieder eine Stärkung der Präsenzberatung ermöglicht wird. Diese Präsenzberatung hat auch den Vorteil, eine bessere Verzahnung mit anderen lokalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten (zum Beispiel den zukünftigen Gesundheitskiosken) zu ermöglichen. Insgesamt ist es nötig, die Beratungsangebote auch im Stadtbild zu verankern und über die Verzahnung mit regionalen Gruppen die Bekanntheit zu erhöhen und die Unterstützungsangebote qualitativ aufzuwerten.

Das Angebot der UPD richtet sich insbesondere auch an vulnerable Zielgruppen, die in besonderer Weise Unterstützung dabei benötigen, sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden oder sich für ihre Patientenrechte einzusetzen. Zu den Personen, bei denen ein Risiko für eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz besteht, zählen insbesondere

Menschen mit Migrationshintergrund, geringem Bildungsniveau, niedrigem Sozialstatus, chronischer Krankheit und höherem Alter². Zur Sicherstellung einer ausreichenden Berücksichtigung dieser Zielgruppen bei der Ausgestaltung des Informations- und Beratungsangebots der UPD schlägt die BpTK deshalb folgende Konkretisierung des Stiftungsauftrags vor:

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 2 § 65b Absatz 2

*„(2) Für die Erfüllung des Stiftungszwecks nach Absatz 1 Satz 4 betreibt die Stiftung bundesweit ein zentral organisiertes digitales und telefonisches Informations- und Beratungsangebot und hält regionale Informations- und Beratungsangebote vor. Die Information und Beratung der Patientinnen und Patienten hat niedrigschwellig, bürgernah, barrierefrei, zielgruppengerecht und qualitätsgesichert zu erfolgen. **Den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund, geringem Bildungsniveau, niedrigem Sozialstatus, Behinderung, chronischer Erkrankung und höherem Alter ist dabei Rechnung zu tragen.** Die nähere Ausgestaltung des Beratungs- und Informationsangebots obliegt dem Stiftungsvorstand. Für die Beratung in gesundheitsrechtlichen Fragen gilt § 6 Absatz 2 des Rechtsdienstleistungsgesetzes entsprechend.*

(3) ...“

4 Wissenschaftlicher Beirat

Die BpTK begrüßt die Einrichtung eines wissenschaftlichen Beirats zur Begleitung der Stiftungsarbeit ausdrücklich. Ein wissenschaftlicher Beirat kann die Stiftung insbesondere in der evidenzbasierten Ausrichtung der Stiftungsarbeit unterstützen. Zur Konkretisierung der Aufgabe des wissenschaftlichen Beirats schlägt die BpTK deshalb folgende Ergänzung in § 65b Absatz 9 vor:

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 2 § 65b Absatz 9

(9) Dem wissenschaftlichen Beirat gehören sechs unabhängige Sachverständige an. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats nehmen ihre Aufgaben ehrenamtlich wahr. Sie werden vom Stiftungsvorstand auf Vorschlag des Stiftungsrats für eine Amtszeit von fünf Jahren bestellt. Die Amtszeit kann um eine zweite Amtszeit verlängert werden. Der wissenschaftliche Beirat berät den Stiftungsvorstand und den Stiftungsrat bei grundsätzlichen Fragen, die sich bei

² Scheffer D, Berens EM, Vogt D. Health literacy in the german population – results of a representative survey. Deutsches Ärzteblatt international 2017, 114: 53-60.

der Erfüllung ihrer Aufgaben ergeben. Er soll dazu beitragen, dass die Stiftung die Patientenberatung und ihre Entwicklung möglichst wissenschaftlich fundiert ausrichtet.

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 24.02.2023

**zum Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes
zur Änderung des Fünften Buches Sozial-
gesetzbuch – Stiftung Unabhängige Pati-
entenberatung Deutschland
sowie zu einigen Änderungsanträgen**

Inhalt

KOMMENTIERUNG	3
Unabhängige Patientenberatung Deutschland	3
Änderungsantrag Nr. 2: Aussetzung der Budgets in der ambulanten Kinderheilkunde	4
Änderungsantrag Nr. 3: Prävention in Lebenswelten - §20a	6

KOMMENTIERUNG

Der aktuelle Koalitionsvertrag sieht vor, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) in einer dauerhaften, staatsfernen und unabhängigen Struktur zu organisieren und damit zu verstetigen. Der vorliegende Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuchs – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland intendiert, dieses Vorhaben umzusetzen.

Ferner wird der Gesetzentwurf dafür genutzt, weitere, fachfremde Themen zu regeln. Folgend finden Sie die Bewertung aus Sicht der Betriebskrankenkassen:

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen kann eine unabhängige und glaubwürdige Informations- und Beratungsstelle mit Blick auf sämtliche gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Fragen eine Ergänzung sein zu den vielen, auch von Krankenkassen bereits etablierten Beratungs- und Informationsangeboten. In Abgrenzung zu den bestehenden Beratungs- und Informationsstrukturen im Sinne ihrer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe und zur Vermeidung von Doppelstrukturen kann die neu aufgestellten UPD Problemlagen aufzeigen und angehen.

Die im Gesetzentwurf genannten Aufgaben und Ziele der UPD, niedrigschwellig, bürgernah, zielgruppengerecht, qualitätsgesichert und barrierefrei bundesweite und regionale Informations- und Beratungsangebote aufzubauen und zu erbringen, zeigen jedoch die unklare Rolle der UPD auf. Dies birgt die **Gefahr der Schaffung redundanter Strukturen** – insbesondere mit Blick auf die Abgrenzung zu den Pflichten der Beratung und Information durch gesetzliche Krankenkassen (SGB V & SGB XI). Dies gilt es zu vermeiden

Nachvollziehbar ist ferner, dass der GKV Spitzenverband beim Aufbau der UPD als Stiftung hinzugezogen wird und damit sein Know-How aus der bisherigen Funktion einbezogen wird. Hingegen sollte die **Stiftungsgründung** vor dem Hintergrund, dass es sich hier um eine **gesamtgesellschaftliche Aufgabe** handelt, nicht dem GKV Spitzenverband und damit dem Beitragszahler übertragen werden. Dies ist eine staatliche Aufgabe, gerade auch, um die im Koalitionsvertrag benannten Ziele der Unabhängigkeit, der Staatsferne sowie der Dauerhaftigkeit unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen stringent umzusetzen.

Abzulehnen ist die geplante Organisation und Finanzverantwortung in und für die UPD: Während die GKV über den GKV Spitzenverband mittels einer Zwangsabgabe in Höhe von 93 Prozent der UPD finanzieren soll, spiegelt sich dies weder in der Aufgabenbeschreibung, noch im Stimmrecht oder den Entscheidungshoheiten wieder.

Ersteres ist unzulässig: Bereits im Zusammenhang der Finanzierung der BzGA wurde gerichtlich (Bundessozialgericht vom 18.05.2021 (B 1 A 2/20 R)) festgestellt, dass die **Finanzierung von Aufgaben Dritter durch die GKV unzulässig** ist. Geldmittel der GKV sind allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung durch eigene Körperschaften einzusetzen. Zum gleichen Schluss kommt auch der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages in seiner jüngsten Ausarbeitung (WD 3 - 3000 - 181/22 / WD 4 - 3000 - 116/22). Für gesamtgesellschaftliche Aufgaben entsprechend der gewünschten Neuausrichtung der UPD muss daher eine Finanzierung durch Steuermittel erfolgen.

Des Weiteren bestehen durch die geplante Gremienstruktur und Stimmrechte der Stiftung faktisch **kaum Möglichkeiten für den GKV Spitzenverband, die Aufgaben und Mittelverwendung der Stiftung zu steuern bzw. zu überprüfen**. Auch hierdurch wird die für eine Finanzverantwortung der GKV notwendige Beschränkung von GKV-finanzierten Leistungen auf Versicherte der GKV ausgehebelt.

Nur mit einer **Anpassung der Rolle des GKV Spitzenverbands im Rahmen der Aufgaben und Organisationsstruktur** der UPD-Stiftung könnte eine rechtssichere Finanzierung durch die GKV ermöglicht werden.

Änderungsantrag Nr. 2: Aussetzung der Budgets in der ambulanten Kinderheilkunde

Es wird vermutet, dass im November und Dezember vergangenen Jahres mehrere Faktoren zusammenkamen, die unvorhergesehen zu einer Mehr-Inanspruchnahme von Leistungen u.a. der Kinder- und Jugendärzte geführt haben: Angeführt werden der fehlende Trainingseffekt für das Immunsystem von sowie der Ausfall von Infektionsjahrgängen bei Kindern durch die Corona-Maßnahmen. Auch saisonale Verschiebungen der Infektionswelle, mögliche Auswirkungen des Corona-Virus und das zeitlich ungewöhnliche Zusammenfallen mit dem Influenza-Virus werden als Gründe genannt.

Vor diesem Hintergrund verhandelte die **gemeinsame Selbstverwaltung** (GKV Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung) bereits im Januar 2023 und **stockte die Vergütung** von Kinder- und Jugendärzten, Hausärzten, HNO-Ärzten, Pneumologen sowie Fachärzten für

Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen rückwirkend **in Höhe von 49 Mio. Euro auf**. Dies haben die Betriebskrankenkassen ausdrücklich unterstützt, denn das Ziel einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist wichtig.

Die **vorgenommene Nachvergütung ist ein übliches Prozedere**: Im Rahmen der Budgetierung wird den Ärzten eine von der Leistungsanspruchnahme unabhängige Vergütung sichergestellt, die auch saisonale Veränderungen z.B. bei Grippewellen in Schwankungsbreiten von plus bzw. minus 10 Prozent ausgleicht. Hinzu kommen Nachzahlungen bei besonderen, unvorhergesehenen Anstiegen der Leistungsanspruchnahme.

Dennoch wurde seitens des Bundesgesundheitsministers die Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte zugesagt und im vorliegenden Gesetzentwurf abgebildet.

Ob die vorgeschlagenen Maßnahmen geeignet sind, dieses Ziel zu erreichen, erscheint jedoch fraglich. Zudem bleibt unklar, welche konkreten Versorgungsdefizite nun behoben werden sollen, denn **es existiert bereits eine Vielzahl finanzieller Förderungen**

- Schon heute wird ein Teil der vertragsärztlichen Leistungen extrabudgetär vergütet. Dazu gehören die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern festgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen.
- Ebenfalls werden seit 1. Januar 2023 Leistungen, die aufgrund der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle im jeweiligen Quartal durchgeführt werden, nicht nur extrabudgetär, also in voller Höhe, vergütet, sondern auch mit Zuschlägen in Höhe von 200 bis 40 Prozent gefördert.
- Darüber hinaus werden in den meisten Regionen medizinische Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin bereits heute im Rahmen der Honorarverteilung mit einer Auszahlungsquote von nahe 100% vergütet oder mit anderen finanziellen Maßnahmen unterstützt. Dazu zählen zusätzliche Zuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschalen zur Förderung der Grundversorgung, Zuschläge auf die Behandlung von Kindern mit chronischen Erkrankungen, wie z.B. Diabetes oder chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sowie die gesonderte finanzielle Förderung von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern.

Konkrete **Maßnahmen sollten daher möglichst evidenz- und bedarfsorientiert** sein. Eine aktuelle und umfassende Untersuchung, die die Versorgung in der ambulanten Pädiatrie analysiert und Verbesserungspotentiale aufzeigt, liegt bisher nicht vor. Daher wird der vorliegende **Änderungsantrag abgelehnt**.

Will man jedoch an diesem festhalten, so ermöglicht zumindest die derzeitig vorgesehene Umsetzung prinzipiell die Fortführung der Regelungen der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Auch die Beschränkung der Entbudgetierung auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin ist dann sachgerecht.

Wichtig ist ferner, die **Effekte der geplanten Änderungen zu evaluieren** mit der Fragestellung, ob die angestrebten Verbesserungen in der Versorgung erreicht und gleichzeitig ungewünschte Leistungsausweitungen vermieden wurden.

Änderungsantrag Nr. 3: Prävention in Lebenswelten - §20a

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass mit dem vorliegenden Änderungsantrag folgerichtig das Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.05.2021 (B 1 A 2/20 R) umgesetzt wird: Nun wird die verpflichtende Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) sowie die Finanzierung der dort angesiedelten Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aus Mitteln der Sozialversicherung aufgehoben. Die **Übernahme der Aufgaben durch das kassenübergreifende Engagement zur Prävention in den Lebenswelten wird richtiger Weise wieder auf die Krankenkassen** übertragen.

Hinsichtlich der geplanten Umsetzung bestehen folgende Anmerkungen:

1. Verpflichtend eine **Stellungnahme von den Partnern der Landesrahmenvereinbarungen**, die nicht der GKV zugeordnet sind, einholen zu müssen wird **abgelehnt**. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese ohne eigene finanzielle Beteiligung die Mittelverausgabung der Krankenkassen fremdbestimmen würden. Ferner ist mit einem erheblichen zeitlichen Abstimmungsbedarf zu rechnen. Eine Verzögerung oder gar Verhinderung von Förderprogrammvorhaben muss jedoch vermieden werden.
2. Gesundheitsförderung und Prävention auf Landesebene findet vorwiegend regional und vor Ort statt. Hier werden entsprechende Strukturen etabliert und Projekte evaluiert. Eine **Unterstützung** der Landesarbeitsgemeinschaften durch den GKV-Spitzenverband ist **sinnvoll bei zuvor gemeinsam identifizierten Schwerpunkten, Handlungsfeldern oder strukturellen Defiziten**. Hingegen sind Doppelstrukturen oder unabgestimmte Aktivitäten zu vermeiden.
3. Vor dem Hintergrund enger Haushaltslagen bei den Krankenkassen und bislang unerausgabter Mittel in der Zusammenarbeit mit der BzGA, ist der vorgesehene **Mindestbetrag** der

Krankenkassen mit 0,53 Euro pro Versicherten deutlich **zu hoch** angesetzt. Er sollte signifikant **niedriger festgesetzt werden, nämlich auf einen Mindestwert von 0,36 Euro** und sich an der Mittelverwendung der Förderprogramme und Projektvorhaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit ausrichten. Die Aufwendung des Mindestbetrages ab dem 1. Januar 2024 wird begrüßt und gibt den Krankenkassen Planungssicherheit.

4. Die Verteilung und Festlegung der Mittel sind im Einvernehmen mit den Arbeitsgemeinschaften und den Krankenkassen zu vereinbaren..

Stellungnahme der Deutschen Hämophiliegesellschaft e.V.

zum Entwurf der Formulierungshilfe zum Änderungsantrag der Fraktionen der SPD, von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP zum Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (BT-Drs. 20/...), Stand Januar 2023

Zu Artikel 1a – neu (§ 12a des Transfusionsgesetzes)

Zu Nummer 1

Nach heutigem Stand können Patienten in Deutschland auf eine hohe Sicherheit bei Blutprodukten und Plasmaderivaten vertrauen.

Dass dies nicht immer der Fall war, ruft der „Blutskandal“ mit seinen tragischen Folgen auf traurige Weise in Erinnerung. Damals wurden durch mit Viren verseuchte Blutspenden tausende Hämophilie-Patienten und Transfusionsempfänger mit HIV und Hepatitis C infiziert. Viele der Betroffenen mussten das Fehlverhalten der Pharmaindustrie, der Blutspendedienste sowie der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder mit ihrem Leben bezahlen.

Seither wurden die Sicherheitsstandards bei der Blutspende deutlich erhöht. Bekanntlich spielt neben Testung und Virusinaktivierung die Spenderauswahl für die Sicherheit eine essenzielle Rolle. Gerade die in den 80er-Jahren versäumten Maßnahmen, um Risikospender von der Blut- und Plasmaspende auszuschließen, haben damals zur massenhaften Verbreitung von HIV und Hepatitis C durch Blut und Blutprodukte beigetragen.

Insbesondere vor diesem Hintergrund halten wir es für gefährlich und unverantwortlich, die viermonatige Rückstellfrist für MSM mit einem neuen Sexualpartner oder mehreren Sexualpartnern zu streichen und dadurch die gegenwärtigen Sicherheitsstandards herabzusetzen.

Die Bundesärztekammer kommt auf der Basis der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Daten zu dem Ergebnis, dass MSM mit einem neuen Sexualpartner oder mehreren Sexualpartnern ein erhöhtes Risiko der Übertragung von Infektionskrankheiten aufweisen. Aus diesem Grund ist in der Richtlinie Hämotherapie eine viermonatige Rückstellfrist für diese Personengruppe vorgesehen. Für MSM mit einem festen Partner gilt diese Regelung ausdrücklich nicht.

Erst jüngst hat das Robert-Koch-Institut bei der Ausbreitung der Affenpocken konstatiert, dass auffallend viele Ansteckungen unter MSM zu beobachten waren. Dieser Befund

bestärkt noch einmal ganz aktuell die Notwendigkeit der Sicherheitsmaßnahmen in Form der aktuell geltenden Rückstellungsregelungen.

Viele andere Personengruppen wie beispielsweise Alkoholranke, Drogenabhängige, Prostituierte, ehemalige Häftlinge oder Menschen, die sich längere Zeit in Großbritannien oder einem Malaria-Gebiet aufgehalten haben, werden ebenfalls von der Blutspende ausgeschlossen oder rückgestellt. Hier geht es nicht um Diskriminierung, sondern um wissenschaftlich begründete Risikobewertung. Bei der Erstellung der Richtlinie Hämotherapie kommt es auf aktuelle Daten und Erkenntnisse an, nicht auf politischen Willen. Ein „Recht auf Blutspende“ kann es nicht geben. Auch Hämophile sind von der Blutspende ausgeschlossen.

Wir befürworten nachdrücklich die Beseitigung von Benachteiligungen aus Gründen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität in der Gesellschaft. Abstriche bei der Sicherheit von Blut und Blutprodukten sind jedoch nicht hinnehmbar. Patienten müssen weiterhin darauf vertrauen können, dass alles getan wird, um eine höchstmögliche Sicherheit bei Blutspenden zu gewährleisten.

Im Sinne aller Menschen, die auf Blut oder Blutprodukte angewiesen sind – und das kann unvorhergesehen jeder sein – lehnen wir die geplante Neuregelung entschieden ab.

Zu Nummer 2, zu Abs. 4:

Das Transfusionsgesetz wurde nach der Aufarbeitung des „Blutskandals“ auf der Grundlage des dazu eingerichteten Bundestagsuntersuchungsausschusses und dessen Empfehlungen im Abschlussbericht aus dem Jahr 1994 durch den Deutschen Bundestag geschaffen. Unter anderem wurde in dem Abschlussbericht festgestellt, dass die staatlichen Kontrollinstanzen versagt haben. Aus diesem Grund wurde damals vom Gesetzgeber mit dem Transfusionsgesetz eine Trennung der Verantwortlichkeiten und eine genaue Aufgabenverteilung an Bundesoberbehörden, Bundesärztekammer und Arbeitskreis Blut festgeschrieben.

Die Bundesärztekammer ist beauftragt, den „allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik“ festzustellen. Sie prüft auf Grundlage der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen und epidemiologischen Datenlage spätestens alle zwei Jahre die Richtlinie Hämotherapie. Eine aktualisierte Fassung befindet sich derzeit im Beratungsverfahren.

Diese Regelung gewährleistet, dass sich die Richtlinie immer am aktuellen Kenntnisstand orientiert und allein auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Daten beruht.

Durch die geplante gesetzliche Neuregelung wird dieses Prinzip aufgegeben. Für uns ist es nicht hinnehmbar, dass politischer Wille fachliche Expertise ersetzen soll. Ein bewährtes

Sicherheitssystem darf nicht leichtfertig aufs Spiel gesetzt werden. Daher fordern wir, dass die Richtlinie Hämotherapie sich weiterhin am Stand der Wissenschaft und Technik und nicht an politischen Vorgaben orientiert.

Zur Gewährleistung der Sicherheit der Betroffenen muss die Richtlinienkompetenz bei der Bundesärztekammer verbleiben, die – im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut – evidenzbasierte Entscheidungen trifft. Eine Übertragung der Richtlinienkompetenz auf weisungsgebundene Bundesoberbehörden lehnen wir strikt ab.

Hamburg, 19. Januar 2023

Rainer Stähler
Vorsitzender des Vorstandes

Alf Kreienbring
Stv. Vorsitzender

Dr. Günter Auerswald
Stv. Vorsitzender

Stellungnahme

des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 27.02.2023

zum Fünfzehnten Gesetze zur Änderung des Fünften Buches Sozialge-
setzbuch - Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Kontakt:

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32
E-Mail: info@spifa.de
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich (Vorstandsvorsitzender), Dr. med. Helmut Weinhart (2. Stellvertretender Vorsitzender),
Dr. med. Christian Albring (3. Stellvertretender Vorsitzender), Dr. med. Nobert Smetak, Jörg Karst
Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler
Hauptgeschäftsführer: Robert Schneider

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren e.V.
(BAO)



Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
(BDA)



Bundesverband der Belegärzte und Belegkran-
kenhäuser e.V. (BdB)



Berufsverband Deutscher Internistinnen und In-
ternisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V.
(BDNC)



Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner
e.V. (BDNukl.)



Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und
Beatmungsmediziner e.V. (BdP)



Bundesverband
der Pneumologen,
Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V.

Bundesverband Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)



Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V.
(BDR)



Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V.
(BNC)



Bundesverband Niedergelassener Kardiologen
e.V. (BNK)

Berufsverband Niedergelassener Gastroentero-
logen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener und ambulant
tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutsch-
land e.V. (BNGO)



Berufsverband der Niedergelassenen Hämatolo-
gen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)



Bundesverband Reproduktionsmedizinischer
Zentren Deutschlands e.V. (BRZ)



Berufsverband der Augenärzte Deutschlands
e.V. (BVA)



Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands
e.V. (BVAD)



Berufsverband der Deutschen Dermatologen
e.V. (BVDD)



Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V.
(BVDH)



Berufsverband der Deutschen Urologie e.V.
(BvDU)



Bundesverband Niedergelassener Diabetologen
e.V. (BVND)



Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)



Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-
Ohrenärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)



Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative
Medizin e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte für
Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)



Verband Deutsche Nierenzentren e.V. (DN)



Assoziierte Mitglieder

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
e.V. (DGH)



MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)



Verband der Privatärztlichen Verrechnungs-
stellen e.V. (PVS Verband)



Virchowbund – Verband der niedergelassenen
Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
(VIR)



INHALT

I. Vorbemerkungen.....	7
II. Erfüllungsaufwand.....	8
III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	9
zu § 87a SGB V	9

I. Vorbemerkungen

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Entbudgetierung der Kinder- und Jugendheilkunde vom 15. Februar 2023 der Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wird unter anderem beabsichtigt, die angespannte medizinische Versorgungssituation im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zu entschärfen und die dauerhafte Sicherheit dieser medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschland e.V. (SpiFa) unterstützt den Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach, sein Versprechen vollumfänglich einzulösen, Kinder und Jugendliche in der ärztlichen Versorgung ‚zu entbudgetieren‘. Zum UPD-Gesetzentwurf haben die Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP im Deutschen Bundestag Änderungsanträge im Rahmen der Befassung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages eingereicht, um die Leistungen und Zuschläge im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zu vergüten und die Budgets in der Kinder- und Jugendheilkunde „auszusetzen“.

Der SpiFa sieht nicht unerhebliche Finanzierungsdefizite im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche es nicht nur schwierig gestalten die aktuelle Versorgung im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin aufrecht zu erhalten, sondern eben auch diese Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht vorzuhalten. Eine Entbudgetierung dieser kinder- und jugendmedizinischen Leistungen ist mithin unerlässlich, um der unter den Bedarfsspitzen leidenden Regelversorgung hinreichend Rechnung zu tragen.

Zusätzlich wurden lediglich Ärztinnen und Ärzte der allgemeinen Kinder- und Jugendheilkunde mit dem Änderungsantrag in den Fokus genommen. Unberücksichtigt blieb die Gruppe der Fachpädiater, die deutschlandweit 1.500 Ärztinnen und Ärzte umfasst, und die Gruppen der Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte, die Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ärztlich versorgen. Der vorliegende Regelungsvorschlag gestaltet zudem das Verfahren für eine Aussetzung der Budgets maßlos bürokratisch und bedeutet für jede der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, dass sie die Regelungen in jedem Quartal neu ausgestalten und umsetzen müssen.

Die bisher bekannten Änderungsanträge der Regierungsfractionen sollen nach Auskunft des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages durch neuere Formulierungen ersetzt werden; die bisherigen Entwürfe wurden kurzfristig zurückgezogen.¹

¹ Die Änderungsanträge im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages vom 17.02.2023 (Ausschuss-Drucksache 20(14)82.2) wurden am 21.02.2023 zurückgezogen.

II. Erfüllungsaufwand

Keine Anmerkungen

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

zu § 87a SGB V

Angesichts der Welle an ‚Respiratorische Synzytial-Virus-Infektionen‘ (RSV) bei Kindern und Jugendlichen stieg der Druck auf die medizinischen Versorgungsstrukturen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in jüngster Zeit stark an. In Teilen führte dies zu Versorgungsengpässen und Einschränkungen der Regelversorgung für Kinder und Jugendliche und entfachte eine Debatte über die Gewährleistung einer adäquaten medizinischen Versorgungssicherheit für diesen Patientenkreis sowie eine Anpassung der Vergütungsmodalitäten für Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin.

SpiFa e.V.

Aus Sicht des SpiFa ist es unabdingbar, der Problematik von überproportionalem nicht zu deckenden Versorgungsbedarf entgegenzuwirken. Das geeignetste Mittel zur Anpassung der Vergütungssystematik und damit der Gewährleistung entsprechender ärztlicher Versorgungsleistung ist aus Sicht des SpiFa, die Leistungen in der Kinder- und Jugendheilkunde aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) auszuklammern. Denn gerade durch die Entbudgetierung kann zielgenau und punktuell die Versorgungsleistung im Hinblick auf einen kurzfristigen überproportionalen Bedarf gesteigert und gleichsam die Regelversorgung für Kinder und Jugendliche gewährleistet werden. Unter Betrachtung des Mangels an Kinder- und Jugendärzten und insofern überlasteten Arztpraxen erscheint es außerdem mehr als unverständlich, dass in der Debatte von Über- und Fehlversorgung die Rede ist.

Am Beispiel der aktuell zu verzeichnenden Versorgungsspitzen wird zudem sichtbar, dass sich die Regelversorgungsleistungen aufstauen und nach dem Abklingen von Bedarfsspitzen ohnehin bei den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten anfallen. Daher ist nicht ersichtlich, dass auf langfristige Sicht eine Gefährdung der GKV-Beitragsstabilität oder der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen mit der Entbudgetierung dieser Leistungen durch eine unkontrollierbare Mengenausweitung von ärztlichen Leistungen einhergehen würde.

Ausdrücklich unterstützt der SpiFa das Ziel und Versprechen des Bundesgesundheitsministers, Kinder und Jugendliche ‚zu entbudgetieren‘, schlägt jedoch daher Änderungen des vorliegenden Änderungsantrages zum UPD-Gesetzentwurf zur vollumfänglichen Umsetzung dieser Zielstellung wie folgt vor, um langfristig eine vollumfängliche Entbudgetierung ärztlicher Leistungen der Kinder- und Jugendheilkunde zu erreichen:

Änderungsvorschläge:

Als Alternative zum vorliegenden Änderungsantrag der Regierungsfractionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP schlägt der SpiFa folgende Änderung des Änderungsantrages zum Gesetzentwurf des UPD-Stiftungsgesetzes vor:

In § 87a Absatz 3 wird in Satz 5 nach Nr. 7 eine neue Nr. 8 angefügt:

„8. Leistungen der allgemeinen und schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben.“

In § 87a Absatz 3 werden am Ende folgende Sätze angefügt:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 8 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der Auszahlungsquote des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, zu bereinigen. Das Bereinigungsvolumen darf den Betrag der im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen nach Satz 5 Nr. 8 bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 nicht überschreiten.“

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband Deutscher Radiologen e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC), Verband Deutsche Nierenzentren e.V. (DN).

Assoziierte Mitglieder: Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI) Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)84(5)
nicht gel. VB zur öffent. Anh. am
01.03.2023 - UPD
28.02.2023



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland BT-Drs. 20/5334

einschließlich Änderungsanträge

27.02.2023

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Änderungsanträge	7
Grundsätzliche Anmerkungen	7
Kommentierung zum Änderungsantrag 2 (Aussetzung der Budgets in der ambulanten Kinderheilkunde)	8
Artikel 1 Nummer 2 und 3 (§§ 87a, 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 87a Absatz 3b neu - Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	8
§ 87b Absatz 1 Satz 3 neu - Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	8
Kommentierung zum Änderungsantrag 3 (Neuregelung des § 20a SGB V)	11
Artikel 1 Nummer 0 (§ 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	11
§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Neufassung von Absatz 3	11
§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Neufassung von Absatz 4	13
§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Anfügung von Absatz 7 (neu)	14

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf für ein fünfzehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland soll die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) als rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts beim GKV-Spitzenverband neu errichtet und verstetigt werden. Ziel soll es sein, „mit der Stiftungslösung insbesondere den Kriterien der Unabhängigkeit, der Staatsferne sowie der Dauerhaftigkeit der Informations- und Beratungsstrukturen in hohem Maße Rechnung zu tragen“.

Der GKV-Spitzenverband soll die geplante Stiftung bis zum 1. Januar 2024 errichten und das für die Errichtung erforderliche Stiftungsvermögen bereitstellen. Finanziert werden soll die Stiftung jährlich in Höhe von 15 Millionen Euro fast vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), zu sieben Prozent von der privaten Krankenversicherung (PKV). Das Stimmrecht der GKV und PKV als Mitglieder des Stiftungsrates ist ausschließlich auf Finanz- und Haushaltsfragen beschränkt, eine inhaltliche Mitbestimmung zur Verwendung der Beitragsmittel ist nicht vorgesehen.

Die Innungskrankenkassen lehnen den Gesetzentwurf in der vorliegenden Ausgestaltung ab.

I. Fehlende Mitsprache- und Kontrollrechte seitens der GKV

Unabhängig von der Frage des Erfordernisses der Steuerfinanzierung und der Gesetzgebungskompetenz des Bundes (dazu unter II. und III.) ist zunächst festzuhalten, dass auch im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens der Gesetzgeber der GKV wieder einmal lediglich die Rolle als „Payer“ ohne aktive Gestaltungsrechte zuweist.

Zwar ist vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband die Stiftung gründen und die GKV die UPD ganz überwiegend finanzieren soll. Kontroll- bzw. Mitspracherechte werden der GKV jedoch nur marginal eingeräumt. Denn in dem – jetzt durch die erhöhte Anzahl der Patientenvertreterinnen und –vertreter (von vier auf sechs Mitglieder) auf 13 Mitglieder angewachsenen – Stiftungsrat soll der GKV-Spitzenverband gerade einmal eine Stimme erhalten. Hierbei soll der GKV-Spitzenverband „ausschließlich bei Entscheidungen über die Haushaltsaufstellung und bei Entscheidungen über die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung“ von seinem Stimmrecht Gebrauch machen dürfen.

Dem GKV-Spitzenverband – und damit dem GKV-System – fehlt damit jegliche Möglichkeit als Stiftungsgeber und „Zahlmeister“ eine zielführende Umsetzung des Stiftungszwecks zu kontrollieren bzw. zu forcieren. Die Ausübung der dem GKV-Spitzenverband zustehenden Prüfaufgaben in Bezug auf die zweckmäßige Verwendung von Beitragsmitteln der GKV wird auf ein ent-

scheidungsunerhebliches Maß reduziert. Stattdessen kann der Stiftungsrat über die Mittelverwendung der GKV entscheiden, ohne dass er selbst in die Finanzierungs- und Haftungsverantwortung genommen wird (so schon der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 11. November 2022).

Die diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen werden von den Innungskrankenkassen bereits aus diesem Grund abgelehnt.

II. Patientenberatung als gesamtgesellschaftliche, durch Steuern zu finanzierende Aufgabe

Wenn der Gesetzgeber der Auffassung ist, dass die Einrichtung einer unabhängigen und staatsfernen Beratungsstruktur notwendig ist, erscheint die gewählte Form nicht schlüssig. Und wenn der Gesetzgeber darüber hinaus der Auffassung ist, dass die Beratung der UPD im Sinne eines gesundheitlichen Verbraucherschutzes jeder und jedem offen stehen soll – unabhängig vom Versichertenstatus – so ist das hier gewählte Verfahren auch insofern problematisch.

Denn damit unterscheidet sich das Leistungsspektrum der zukünftige UPD bereits dem Grunde nach von dem Beratungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen, die nur auf der Grundlage des SGB V und SGB IX und unter Verwendung der Beitragsmittel ihrer Versicherten beraten und informieren dürfen. Hierbei kommen die gesetzlichen Krankenkassen ihrem Beratungsauftrag zum Beispiel über die Widerspruchsausschüsse nach. Es gehört zum Selbstverständnis der Versichertenvertreter in den Verwaltungsräten der Krankenkassen, Ansprechpartner für die Versicherten zu sein. Dieses Verfahren hat den Vorteil, dass Beschwerden unmittelbar innerhalb der Institution bearbeitet werden können. Die anonymen Berichte der UPD blieben bislang im luftleeren Raum.

Anders als bei der GKV ist somit der Aufgabenbereich der UPD – da die Beratungsangebote nicht nur von Versicherten, sondern von der gesamten Bevölkerung genutzt werden sollen – ein gesamtgesellschaftlicher und dient insofern der Daseinsvorsorge.

Als Teil der allgemeinen Daseinsvorsorge sind die Leistungen der neuen UPD aber weder von der GKV noch von der PKV, sondern aus Steuermitteln zu finanzieren. So auch schon folgerichtig u. a. der jetzige Koalitionspartner Bündnis 90/Die Grünen in seinem Antrag vom 17. Dezember 2020 („Eine starke Stimme für Patientinnen und Patienten – Patientenstiftung gründen und Unabhängige Patientenberatung reformieren“), in dem eine verlässliche und von den gesetzlichen Krankenkassen unabhängige Finanzierung der Patientenstiftung gefordert wird.

III. Fehlende Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Der Umstand, dass es sich bei der UPD um einen gesamtgesellschaftlichen, d. h. die gesamte Bevölkerung involvierenden Aufgabenbereich handelt, hat schließlich auch durchgreifende verfassungsrechtliche Konsequenzen.

Denn ausweislich der allgemeinen Begründung zum Gesetzesentwurf soll sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zu § 65b Abs. 11 SGB V aus Artikel 74 Abs. 1 Nummer 12 des GG ergeben. Danach wäre der Bund dann – aber eben nur dann – zuständig, wenn die Ausgestaltung und Finanzierung der UPD dem Bereich der „Sozialversicherung“ unterfiele. Genau dies ist aber nicht der Fall, wie aktuell das objektive Gutachten der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages bestätigt.

Das Prüfergebnis:

„Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als einzige im Konzept der Stiftung Unabhängige Patientenberatung vorgesehene selbständige Körperschaft des öffentlichen Rechts weder Einfluss auf die gesetzlich vorgegebene Struktur der Stiftung noch auf die Geschäftsführung oder die Ausgestaltung und die Qualitätssicherung der angebotenen Informations- und Beratungsleistungen hat. Zwar hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Stiftungsvermögen bereitzustellen, jedoch kann er über die Haushaltsaufstellung, mithin die Verwendung der Mittel, im Stiftungsrat lediglich mit einer von insgesamt 13 Stimmen mitentscheiden. Dieser Mangel an Einflussnahmemöglichkeiten auf Struktur und Leistungen der Stiftung Unabhängige Patientenberatung legt nahe, dass § 65b SGB V-Entwurf nicht auf die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gestützt werden kann, weil es an dem Merkmal der organisatorischen Durchführung durch selbständige Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts fehlt.

Ähnlich problematisch ist im vorliegenden Fall das (...) Merkmal des Begriffs der Sozialversicherung. Wie oben bereits dargelegt ist die Sozialversicherung unter anderem gekennzeichnet durch eine Risikoabdeckung und eine Mittelaufbringung durch Beiträge der Beteiligten. Das Bundesverfassungsgericht betont in dieser Hinsicht, dass sich die Legitimation der Beitragsbelastung auf die Finanzierung im Binnensystem der Sozialversicherung beschränkt und führt dazu weiter aus (BVerfGE 149, 50, 77, Rn. 77): „Sie erstreckt sich grundsätzlich nicht auf die Finanzierung von Leistungen an Dritte außerhalb der Sozialversicherung. Ihre Rechtfertigung ergibt sich daraus, dass nur die Gruppe der Sozialversicherten einen Vorteil in Gestalt des Versicherungsschutzes erhält, nicht aber die Steuerpflichtigen insgesamt.“

Zur Erfüllung des Stiftungszwecks soll die Stiftung Unabhängige Patientenberatung gemäß § 65b Abs. 2 Satz 1 SGB V-Entwurf bundesweit ein zentral organisiertes digitales und telefonisches Informations- und Beratungsangebot betreiben und regionale Informations- und Beratungsangebote vorhalten. Der Kreis der Personen, die diese Angebote nutzen und von ihnen profitieren können, wird in der Vorschrift nicht näher eingegrenzt, vielmehr ist allgemein von einer Information und Beratung von „Patientinnen und Patienten“ (vgl. § 65b Abs. 2 Satz 2 SGB V-Entwurf) die Rede. Die Leistungen können folglich auch von Personen in Anspruch genommen werden, die nicht zur Gruppe der Sozialversicherten gehören. Gleichwohl soll das Stiftungsvermögen gemäß § 65b Abs. 1 S. 2 SGB V-Entwurf aus Mitteln des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen finanziert werden. Vor diesem Hintergrund dürfte es auch an dem Merkmal der Risikoabdeckung und Mittelaufbringung durch Beiträge der Beteiligten fehlen und die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG auch aus diesem Grunde nicht einschlägig sein.“

Zum gleichen Ergebnis kommt das Rechtsgutachten von Prof. Dr. Gregor Thüsing (Unabhängige Patientenberatung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, Februar 2023).

Die Begründung:

„Die Aufgabe der UPD ist ein auf die Gesundheitsversorgung bezogener Verbraucherschutz. Schon die organisatorische Trennung macht deutlich, dass es sich hierbei nicht um eine Leistung der GKV oder der PKV handeln soll – vielmehr soll sie unabhängig von ihnen erbracht werden; sie [die GKV und die PKV] dürfen auf den Inhalt oder den Umfang der Tätigkeit der Stiftung keinen Einfluss nehmen.“ Damit ist neben dem Erfordernis der Steuerfinanzierung auch die Gesetzgebungskompetenz des Bundes fraglich. Denn – so die Ausführungen des Gutachtens: „Die Legitimation der Beitragsbelastung beschränkt sich auf die Finanzierung im Binnensystem der Sozialversicherung. Sie erstreckt sich grundsätzlich nicht auf die Finanzierung von Leistungen an Dritte außerhalb der Sozialversicherung. Die erhobenen Geldmittel dürfen allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden. Weil dies bei der UPD nicht der Fall wäre, scheidet eine aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG hergeleitete Gesetzgebungskompetenz aus.“

Die daraus resultierende Schlussfolgerung: Wenn der Gesetzgeber der Auffassung ist, dass die Einrichtung einer unabhängigen und staatsfernen Beratungsstruktur notwendig sei, dann wäre eine aus Bundesmitteln errichtete Stiftung das Mittel der Wahl.

Der IKK e.V. nimmt im Weiteren Stellung zu den Änderungsanträgen 2 und 3. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Änderungsanträge

Grundsätzliche Anmerkungen

Im Folgenden nehmen die Innungskrankenkassen Stellung zu den derzeit vorliegenden Änderungsanträgen 2 und 3 (Stand 17.02.2023), auch wenn diese formal zum Zeitpunkt der Abgabe der Stellungnahme nicht mehr Gegenstand der Beratung sein sollen.

In der Sache begrüßen die Innungskrankenkassen, dass mit dem vorliegenden Änderungsantrag 3 das kassenübergreifende Engagement des GKV-Bündnisses für Gesundheit in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt sowie in GKV-eigene Strukturen überführt werden soll. Damit wird auch der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. Mai 2021 Rechnung getragen und die verpflichtende Zusammenarbeit der GKV mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beendet. Mit Bedauern nehmen wir aber zur Kenntnis, dass der Änderungsantrag das auf Basis einer freiwilligen Selbstverpflichtung bestehende Bündnis für Gesundheit nicht erwähnt.

Die GKV steht zu ihrer Verantwortung zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Dieser Verantwortung ist die GKV auch seit dem Urteil des BSG durch ihre freiwillige Selbstverpflichtung und Fortführung der Projekte nachgekommen. Das GKV-Bündnis für Gesundheit richtet nach wie vor seine Aktivitäten eng an Zielen und Schwerpunkten der Nationalen Präventionskonferenz aus und ist strukturell über die Länderebene auch mit den Landesrahmenvereinbarungen (LRV) zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie eingebunden. Der Vorschlag, trotz dieser unter Beweis gestellten Eigenständigkeit, allein der GKV Berichts-, Beteiligungs- und Finanzierungsverpflichtungen aufzubürden, ist daher nicht nachvollziehbar.

Im Rahmen der freiwilligen Selbstverpflichtung hat sich die GKV auf Ausgaben in Höhe von 0,20 Euro pro Versicherten pro Jahr geeinigt. Im Rahmen der gesetzlichen Normierung halten die Kassenarten einen Betrag in Höhe von 0,36 Euro für ausreichend und inhaltlich begründet (siehe hierzu die Ausführungen zu § 20a Abs. 7 neu). Jeder darüber hinaus gehende Betrag ist sowohl aus Sicht der GKV als auch laut Bundesrechnungshof kritisch zu hinterfragen. Der Betrag sollte vielmehr auf Basis der zukünftigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit im Rahmen des NPK-Präventionsberichtes überprüft und ggfs. bedarfsbezogen und datenbasiert angepasst werden. Dass es der BZgA in der Vergangenheit nicht ansatzweise gelungen ist, die Beitragsmittel zu verausgaben, unterstreicht die Tatsache, dass der bisherige Beitrag zu hoch angesetzt wurde, noch einmal ausdrücklich. Bei der Frage der Beitragshöhe ist auch zu berücksichtigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind.

Kommentierung zum Änderungsantrag 2 **(Aussetzung der Budgets in der ambulanten Kinderheilkunde)**

Artikel 1 Nummer 2 und 3 (§§ 87a, 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87a Absatz 3b neu - Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

§ 87b Absatz 1 Satz 3 neu - Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 87a Absatz 3b neu

Um die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in der ambulanten Kinderheilkunde in finanzieller Hinsicht dauerhaft attraktiv zu gestalten, sollen die Leistungen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin von mengenbegrenzenden Maßnahmen der Honorarverteilung ausgenommen und Budgets ausgesetzt werden. Entsprechend dieser Prämisse werden Ausnahmen von der befreienden Wirkung der Zahlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung getroffen, um entweder die volle Auszahlung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin zu ermöglichen bzw. bei Nichtausschöpfen der Leistungen Überzahlung durch die Krankenkassen zu vermeiden.

Gemäß § 87a SGB V wird den Krankenkassen die Pflicht auferlegt, die Leistungen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Kindern und Jugendlichen erbracht werden, mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vollständig zu vergüten. Um Nachzahlungen und Rückforderungen der Krankenkassen zu ermöglichen, wird die MGV bezüglich der genannten Leistungen nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Damit wird sichergestellt, dass die Aussetzung der Budgets nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht, sondern vollständig und ausschließlich von den Krankenkassen zu finanzieren ist.

Gleichzeitig sieht das neue Verfahren Nachzahlungen der Krankenkassen vor, wenn durch die betreffende Fachgruppe mehr Honorar angefordert wird, als in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vorgesehen. Diese Nachzahlungen müssen jedes Quartal neu mit den Krankenkassen verhandelt werden und dürfen nicht zu Lasten anderer Facharztgruppen gehen.

§ 87b Absatz 1 Satz 3

In § 87b SGB V wird für die Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorgegeben, dass für die genannten Leistungen keine Honorarbegrenzungen oder -minderungen vorgenommen werden dürfen. Für diese Leistungen ist die mit dem nach § 87 Absatz 3b Satz 4 vorgegebenen Verfahren festgesetzte morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit einer entsprechenden Ausgleichszahlung vorzusehen.

Bewertung

Wenn der Gesetzgeber der Auffassung ist, dass die Attraktivität der pädiatrischen Versorgung gesteigert werden muss, dann ist das hier gewählte Verfahren der Entbudgetierung nicht das richtige Mittel. Mit Sorge betrachten die Innungskrankenkassen, dass der Gesetzgeber das Mittel der Budgetierung insgesamt in Frage stellt. Eine Entbudgetierung im Bereich der pädiatrischen Versorgung wäre ein Einstieg auch für weitere Facharztgruppen. Die Benachteiligung der sprechenden Medizin ist ein grundsätzliches Thema der Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM). Das hier gewählte Verfahren der Entbudgetierung im Bereich der MGV birgt die Gefahr, dass der Bereich der Pädiatrie innerhalb der HVM weiter abgesenkt wird.

Die in der vorgelegten Begründung dargestellte herausragende Verantwortung und Besonderheiten in der Praxis, welche die Kinderheilkunde in einem erheblichen Maß von anderen Fachgebieten unterscheidet, sind nicht neu und haben weniger mit einem Rückgang als vielmehr mit einer Ungleichverteilung der Kinderarztsitze zu tun.

Die nun vorgesehene Entbudgetierung der kinder- und jugendärztlichen Leistungen der Pädiater – als Teil der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Aufhebung der Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich – sehen wir kritisch. Dies auch vor dem Hintergrund, dass weitere Arztgruppen folgen könnten.

Vielerorts liegt der Versorgungsgrad im hausärztlichen und kinderärztlichen Bereich statistisch gesehen im Bereich der Überversorgung. Die ungleiche Verteilung an Kinderärzten wird nicht dadurch behoben, dass zusätzliches Geld „im Gießkannensystem“ verteilt wird. Hierfür sind gezielte Fördermaßnahmen vor Ort erforderlich, an deren Finanzierung sich die gesetzlichen Krankenkassen bereits jetzt beteiligen. So wurden beispielsweise durch das TSVG Maßnahmen eingeführt, um die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 SGB V erweitert wurden. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers sollen die Mittel des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien an Medizinstudierende verwendet werden. Ferner wären auch noch entsprechende Zuschläge möglich.

Abseits dieser Bedenken ist in der vorgesehenen Änderung des § 87a unklar, wie eine medizinisch nicht begründete Leistungsausweitung z. B. im Sinne der angebotsinduzierten Nachfrage vermieden werden kann. Hier stellt sich die Frage nach Kontrollmechanismen.

Schließlich bleibt zu kritisieren, dass bislang auch keine verlässlichen Angaben zu möglichen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorliegen.

Aus diesen Gründen wird die geplante Regelung von den Innungskrankenkassen umfassend abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Kommentierung zum Änderungsantrag 3 **(Neuregelung des § 20a SGB V)**

Artikel 1 Nummer 0 (§ 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Neufassung von Absatz 3

Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in den Ländern, Arbeitsgemeinschaften zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20a Absatz 1 und 2 insbesondere bei der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu bilden. Über die Aufgaben der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft, deren Arbeitsweise sowie der ihnen nach Absatz 5 zugewiesenen Mittel sind entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben sollen die Arbeitsgemeinschaften Verwaltungsakte erlassen können.

Die Ziele und Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen sollen mit Hilfe der Arbeitsgemeinschaften in enger Abstimmung mit den an den Vereinbarungen weiteren Beteiligten unterstützt werden. Dazu soll insbesondere die gemeinsame Förderung von Projekten gehören. Durch die Berücksichtigung der Stellungnahmen der weiteren an den Landesrahmenvereinbarungen Beteiligten soll sichergestellt werden, dass länderspezifische Bedarfe etwa hinsichtlich der mit den Leistungen zu verfolgenden Handlungsfelder und Zielgruppen berücksichtigt werden.

Bewertung

Nur Sozialversicherungsträgern, die sich finanziell an entsprechenden Projekten und Aktivitäten beteiligen, sollte ein Mitbestimmungsrecht in einer Abstimmung zustehen. Aktuell bestehen nur für die GKV finanzielle Verpflichtungen. Entsprechend wird eine Mitentscheidung von weiteren an den Landesrahmenvereinbarungen Beteiligten, die nicht zur Finanzierung entsprechender Projekte und Aktivitäten verpflichtet sind, abgelehnt. Es würde einen Eingriff in die Hoheit der GKV bei der Verwendung von Beitragsgeldern darstellen. Die „Berücksichtigung der Stellungnahmen der weiteren an den Landesrahmenvereinbarungen Beteiligten“ müsste in einer weiteren Formulierung, beispielsweise in einer Begründung, ausgeführt bzw. erläutert werden.

Änderungsvorschlag

§ 20a Absatz 3 wird wie folgt geändert:

„(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in jedem

Land gemeinsam bei einem der jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen oder dem Verband der Ersatzkassen Arbeitsgemeinschaften. Die Arbeitsgemeinschaften unterstützen mit ihren Leistungen die Umsetzung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene nach § 20f Absatz 1. ~~Sie berücksichtigen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben Stellungnahmen der weiteren an den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene nach § 20f Absatz 1 Beteiligten. (...).~~

§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Neufassung von Absatz 4

Beabsichtigte Neuregelung

Dem GKV-Spitzenverband kommen nach dieser Norm im Wesentlichen unterstützende Aufgaben zu. Dazu gehören insbesondere die Empfehlung von gemeinsamen, kassenartenübergreifenden Handlungsfeldern und Schwerpunktthemen im Zusammenwirken mit den Zielen der nationalen Präventionsstrategie sowie die Steuerung und Koordination von bundesweiten Initiativen als auch die Entwicklung, Erprobung und wissenschaftliche Evaluation gesundheitsförderlicher Konzepte. Um die Unterstützung und Ergänzung der Maßnahmen auf Landesebene durch die Aufgabenwahrnehmung auf Bundesebene zu gewährleisten, beteiligt der GKV-Spitzenverband die Krankenkassen an der Erstellung des Jahresarbeitsprogrammes. Durch die Berücksichtigung einer Stellungnahme der Nationalen Präventionskonferenz soll das Leistungsgeschehen der Krankenkassen noch besser in die nationale Präventionsstrategie eingebunden werden.

Der GKV-Spitzenverband kann Dritte, wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit der Wahrnehmung bestimmter Aufgaben beauftragen. Dabei gelten die Vorgaben des § 197b entsprechend.

Bewertung

Es ist nicht eindeutig ersichtlich und nachvollziehbar, inwiefern die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von dem GKV-Spitzenverband beauftragt werden kann. Daher wird für die Streichung dieser Formulierung in der vorliegenden Ausgestaltung plädiert.

Änderungsvorschlag

§ 20a Abs. 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Der GKV-Spitzenverband kann Dritte, ~~wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)~~, mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Satz 1 Nummer 2 und 3 beauftragen.“

§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Anfügung von Absatz 7 (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 7 regelt die Finanzierung zur Fortführung der bislang mittels Initiative „GKV-Bündnis für Gesundheit“ erfolgten Aufgabenwahrnehmung. Vorgesehen ist, dass die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband 0,53 Euro je Versicherten aus ihren Mitteln für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20a SGB V zur Verfügung stellen, wobei dieser Betrag ebenfalls mit der Veränderungsrate der monatlichen Bezugsgröße entsprechend § 20 Abs. 6 SGB V fortgeschrieben werden soll. Vom GKV-Spitzenverband oder einer Arbeitsgemeinschaft nicht verausgabte Mittel, sollen im Folgejahr zusätzlich für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 3 oder Absatz 4 verwendet werden.

Der GKV-Spitzenverband hat den Verteilungsschlüssel zur Aufteilung des Finanzvolumens auf die Arbeitsgemeinschaften in den Ländern festzulegen. Das Verfahren zur Verteilung der Mittel soll in der Satzung des GKV-Spitzenverbandes geregelt werden, um sicherzustellen, dass die Krankenkassen im Rahmen der Beschlussfassung des zuständigen Selbstverwaltungsorgans an der Verteilungsregelung beteiligt werden. Aus den Mitteln sind ebenfalls die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes nach Absatz 4 einschließlich der ihm durch die Wahrnehmung seiner Aufgaben entstehenden sächlichen und personellen Aufwendungen zu finanzieren. Der GKV-Spitzenverband hat die zur Durchführung seiner Aufgaben nach Absatz 4 im Folgejahr notwendigen Ausgaben einschließlich der sächlichen und personellen Aufwendungen jeweils zum 1. Oktober eines Jahres mit der Haushaltsplanung festzulegen.

Bewertung

Der Betrag in Höhe von 0,53 Euro je Versicherten wird als zu hoch und nicht angemessen bewertet. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konnte in der Vergangenheit die ihr zur Verfügung gestellten Mittel nie vollständig ausgeben. Dennoch ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) leider nicht dem Vorschlag der GKV gefolgt, den Finanzrahmen des GKV-Bündnisses auf Basis der zukünftigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit im Rahmen des NPK-Präventionsberichtes zu überprüfen sowie ggf. bedarfsbezogen und datenbasiert anzupassen. Vor dem Hintergrund der finanziellen Herausforderungen der GKV ist die Bindung von Beitragsmitteln in dieser Höhe nicht nachvollziehbar. Die Kassenarten halten hier übereinstimmend einen Betrag in Höhe von 0,36 Euro je Versicherten für ausreichend und inhaltlich begründet.

Änderungsvorschlag

§ 20a Abs. 7 neu wird wie folgt geändert:

Die Krankenkassen wenden für die Wahrnehmung der Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 und der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 ab dem 1. Januar 2024 mindestens einen Betrag in Höhe von ~~0,53~~ 0,36 Euro aus dem Betrag auf, den sie nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, und stellen diesen Betrag dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)84(6)
nicht gel. VB zur öffent. Anh. am
01.03.2023 - UPD
28.02.2023



Kurzstellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Stiftung Unabhängige Patientenberatung

Stand: 28.02.2023

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) im Rahmen einer rechtsfähigen Stiftung bürgerlichen Rechts neu strukturiert und verstetigt werden. Hierdurch soll den im Koalitionsvertrag benannten Zielen der Unabhängigkeit, der Staatsferne sowie der Dauerhaftigkeit unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen umfassend Rechnung getragen werden.

Aus Sicht des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) ist zunächst positiv zu sehen, dass das bisherige UPD-Konstrukt durch eine Stiftungslösung ersetzt wird. Kritisch jedoch ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Stiftung zu einem Großteil finanzieren soll. Hier soll die GKV eine Beratungsleistung finanzieren, die eindeutig eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Dies ist abzulehnen! Hier steht der Steuerzahler und nicht der Beitragszahler in der Pflicht.

In diesem Rahmen stellen sich verfassungsrechtliche Fragen. Die Finanzierung wird als verfassungswidrig beurteilt. Zu diesem Ergebnis kommt ein Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages, das wir ausdrücklich teilen. Mit der UPD sollen Patient:innen, unabhängig vom spezifischen Versicherungsstatus, bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterstützt werden. Diese Unterstützung soll u. a. kostenfrei und niederschwellig sein und durch qualitätsgesicherte Informationen und Beratung erfolgen. Dadurch sollen die Patient:innen befähigt werden, ihre Rechte eigenständig wahrzunehmen und selbstbestimmte sowie informierte Entscheidungen zu treffen. Damit werden gesamtgesellschaftliche Ziele und Aufgaben formuliert.

Die Leistungen der UPD haben keinen Bezug zum spezifischen Versicherungsstatus, sondern sind bewusst weit ausgelegt. Für die gesamtgesellschaftlichen Ziele der UPD kann sich der Gesetzgeber somit nicht auf den Kompetenztitel „Sozialversicherung“ nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG stützen. Dafür genügt es nicht, dass das Gesetz in irgendeiner Weise der „sozialen Sicherheit“ zugeordnet werden kann. Wesenstypisch für die Sozialversicherung ist es vielmehr, dass ihre Leistung lediglich ihren Versicherten zugutekommt (Versicherungsprinzip), die dafür erforderlichen Mittel durch Beiträge aufgebracht werden und die organisatorische Durchführung durch selbstständige Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts erfolgt. Vor allem das Versicherungsprinzip wird mit den Aufgaben und Leistungen der geplanten Stiftung Unabhängige Patientenberatung bewusst verlassen. Die Finanzierung der UPD durch die GKV ist damit verfassungswidrig.

Vor dem Hintergrund der zuvor genannten Argumente lehnt der Verband der Ersatzkassen das gewählte Konstrukt ab. Er plädiert für eine Finanzierung der Stiftung UPD aus dem allgemeinen Steueraufkommen. Bereits jetzt bieten die Krankenkassen ihren Versicherten umfangreiche und hochwertige Beratungs- und Informationsangebote.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
Politik@vdek.com