



Stellungnahme zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der
Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) unter Berücksichtigung der
Stellungnahme des Bundesrats (Drucksache 234/24), 25. Juli 2024

Das Poliklinik Syndikat ist ein Zusammenschluss von Projekten, die sich den Aufbau und den Betrieb solidarischer Gesundheitszentren zur Aufgabe gemacht haben. Auf diese Weise wollen wir gesundheitlicher Ungleichheit entgegenwirken und für eine gerechte und solidarische Gesellschaft eintreten und kämpfen.

Wir haben den Ansatz des Arbeitsentwurfs, die Primärversorgung zu verbessern, begrüßt. Kommunen als Versorgungsakteure sollten gestärkt, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe stärker einbezogen werden. Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und Bedienung sozialer Bedarfe sollten als GKV-Leistungen festgelegt werden. Wir bedauern sehr, dass diese Ansätze im aktuellen Referentenentwurf nicht mehr enthalten sind.

Primärversorgungscentren

Wir fordern die Einführung von Primärversorgungscentren, da sie den Einstieg in interprofessionelle Primärversorgung darstellen. Sie sollten interprofessionelle Primärversorgung erbringen können, die folgende Angebote umfasst:

- haus- und ggf. kinderärztliche Versorgung,
- psychologische und soziale Beratung,
- aufsuchende Angebote

-Prävention und Gesundheitsförderung sowie eine
-niedrigschwellige Gesundheitsberatung und von Community Health Nursing
wie es ursprünglich für die Gesundheitskioske nach §65 g vorgesehen war.

International sind interprofessionelle Primärversorgungscentren in vielen Ländern seit Langem fester Bestandteil der Primärversorgung. Internationale wissenschaftliche Literatur betont, dass es wichtig ist, alle Dienste an einem Ort anzubieten (Fiscella et al., 2017). Insofern geht die Stellungnahme des Bundesrats zu §73a Abs. 1 zur ärztlichen Versorgung in die richtige Richtung, aber noch nicht weit genug, weil weitere oben aufgeführte Angebote fehlen.

Interprofessionalität

Um eine gute interprofessionelle Primärversorgung zu ermöglichen, ist sicherzustellen, dass interprofessionelle Teamarbeit inklusive Fallkonferenzen stattfinden kann und finanziert wird (Supper et al., 2015). Beides ist im bisherigen System der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend abbildbar und allein durch niedergelassene Arzt:innen nicht leistbar. Damit die Zusammenarbeit nicht durch weitere Hürden wie unterschiedliche Datenschutzerfordernungen, Abrechnungs- und Dokumentationssysteme erschwert wird, ist eine einheitliche Trägerschaft der oben genannten, bisher getrennt arbeitenden, Professionen notwendig, die eine echte Versorgung „aus einer Hand“ ermöglicht. Dies ist bereits im Bereich der stationären Leistungserbringung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen auch möglich. Anders als der Bundesrat (§73a Abs. 2) fordern wir auch eine Gründungsmöglichkeit durch gemeinnützige Träger, die bisher bisher noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Es ist klarzustellen, dass die an der Primärversorgung zu beteiligenden nichtärztlichen Berufsgruppen wie Community Health Nurses, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und ggf. weiteren Berufsgruppen eigenständig tätig werden können. In diesem Zusammenhang ist eine rasche Umsetzung der geplanten gesetzlichen Regelung zur Heilkundeübertragung auf Pflegekräfte notwendig. Wir begrüßen daher grundsätzlich daher die vom Bundesrat in §73a Abs. 4 Nr. 1 gestellten Anforderungen an ein Primärversorgungszentrum an ein interprofessionelles Team, auch wenn hierrunter weitere Berufsgruppen fallen könnten (z. B. Sozialarbeiter:innen). Die in den Primärversorgungszentren angestellten Professionen sollten hierarchiearm auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten können. Insbesondere sollte die Struktur ermöglichen, die Zentrierung auf Ärzt:innen in unserer Gesundheitsversorgung abzubauen. Die vom Bundesrat in §73 Abs. 3 vorgeschlagene kooperative Leitung der PVZs durch Angehörige mindestens zweier unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen sollte nicht fakultativ sondern verpflichtend sein.

Soziale Determinanten von Gesundheit

Primärversorgungszentren sollten zudem auch Public-Health-Maßnahmen zur Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit durchführen; diese gehen über Verhaltens- und Individualprävention hinaus. Ein gutes Beispiel dafür sind die kanadischen Community Health Center. Hier werden Programme zur Förderung sozialer Inklusion, zur Verringerung von Diskriminierung und zur Verbesserung der Lebensbedingungen in benachteiligten Stadtteilen durchgeführt. Um dies zu erreichen, sollte sichergestellt werden, dass wirksame Maßnahmen, die langfristig und kontinuierlich benötigt werden, regelmäßige Finanzierung erhalten und nicht von kurzfristiger Projektfinanzierung abhängen.

Gemeinwohlorientierte Trägerschaft

Die Gründungsmöglichkeit durch Ärzt:innen, eine BAG oder ein MVZ lehnen wir ab. Primärversorgungszentren sollten ausschließlich durch gemeinnützige Träger oder Kommunen gegründet werden. Gesundheit ist Daseinsvorsorge, keine Ware. Es ist zu befürchten, dass die neue Versorgungsform von profitorientierten Kapitalgesellschaften als nächster lukrativer Bereich abgeschöpft wird. Notwendig sind Organisationen, die dem Gemeinwohl verpflichtet sind. Als Träger kommen daher gemeinnützige Vereine, gemeinnützige GmbH, Genossenschaften, Stiftungen oder Kommunen in Betracht.

Die Anforderungen an kassenärztliche Versorgungsaufträge sollte flexibel gestaltet werden. Je nach Bedarf kommen ein oder zwei hausärztliche Versorgungsaufträge ggf. kombiniert mit kinderärztlichem und/oder gynäkologischem Versorgungsauftrag in Frage.

Über die Stellungnahme des Bundesrats hinausgehend, fordern wir, dass ein PVZ mit den Kommunen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst nicht nur kooperieren soll (§73a Abs. 5), sondern diese auch in die Anerkennung der Primärversorgungszentren einbezogen werden.

Regionale Bedarfsorientierung

Vorrangig sind PVZ in strukturschwachen, sozial benachteiligten Gebieten oder in Gebieten mit bestehender oder drohender ärztlicher Unterversorgung zu errichten. Somit sollte die vom Bundesrat vorgeschlagene Rechtsverordnung nach §65g Abs. 8 zur Festlegung von Kriterien zur Bestimmung von Regionen oder Stadtteilen mit einem hohen Anteil benachteiligter Personen auch für PVZs gelten. Perspektivisch ist eine interprofessionelle Primärversorgung in PVZ flächendeckend in ganz Deutschland zu errichten.

Innerhalb des vorgegebenen Rahmens sind regionale Bedarfe und vor Ort bestehende Spezifika zu berücksichtigen. Welche Daten hier einzubeziehen sind wird ebenso wie Anforderungen an eine regionale Sozialraum- und Bedarfsanalyse bundesweit festgelegt. Hier bietet sich z. B. die vom Bundesrat vorgeschlagene Bedarfsanalyse durch die Gesundheitsregionen an (§140b Abs. 2 Nr. 1).

Anforderungen

Anforderungen an PVZ sind unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Kompetenz aus Public Health und Versorgungsforschung in einem Rahmenvertrag zu formulieren. Der Dachverband der solidarischen Gesundheitszentren e.V. hat auf Grundlage internationaler wissenschaftlicher Vorarbeiten bereits ein umfassendes Konzept für solidarische Gesundheitszentren vorgelegt, das eine gute Grundlage für einen bundesweiten Rahmenvertrag bietet.

Vergütung

Es braucht es neue innovative Vergütungsmodelle, die die interprofessionelle Leistungserbringung berücksichtigen. Denkbar sind bürokratiearme Modelle mit Ansätzen der institutionellen Förderung oder der Selbstkostendeckung. Eine ausschließlich an der ärztlichen Gebührenordnung (EBM) orientierte Vergütung für die neue Leistung der interprofessionellen Primärversorgung würde zu kurz greifen.

Gesundheitskioske

Sofern keine umfassenden Primärversorgungszentren etabliert werden, sollten zumindest Gesundheitskioske in engem Zusammenschluss mit anderen Primärversorgungsstrukturen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst aufgebaut werden. Die Zusammenarbeit stellt sicher, dass nicht lediglich Beratung und Koordination, sondern auch eine Verbesserung der Versorgung erfolgt. Insofern begrüßen wir den Vorschlag des Bundesrats Gesundheitskioske an bestehenden Beratungsstellen und Gesundheitsdienstleister:innen anzubinden (§65g Abs. 3). Das ist insbesondere in unterversorgten Stadtteilen und Regionen notwendig.

Genauso wie der Bundesrat würden wir eine Verpflichtung der GKV zur Einrichtung von Gesundheitskiosken auf Initiative der Kommunen begrüßen (§65g Abs. 1 Satz 1). Es sollten Bedingungen festgelegt werden, in welchen Regionen ein Bedarf für einen Gesundheitskiosk besteht (Bundesrat §65g Abs. 8).

Die Finanzierung sollte gemeinsam durch Kommunen und GKV, ggf. darüber hinaus weiterer Träger gemäß § 12 SGB I erfolgen. Finanzschwache Kommunen sollten finanziell unterstützt werden, damit auch sie Gesundheitskioske errichten können.

Die im letzten Arbeitsentwurf bzw. vom Bundesrat in §65a Abs. 2 beschriebenen Aufgaben sind sinnvoll und insbesondere für vulnerable Gruppen hilfreich. Ein Gesundheitskiosk sollte zudem aufsuchende Angebote machen, um auch Personen zu erreichen, für die Kioske eine noch zu hohe Schwelle darstellen.

Wir unterstützen eine eigenständige pflegerische Leistungserbringung im Rahmen des SGB V in enger Kooperation mit Primärversorgungszentren. Die vorgesehene Heilkundeübertragung auf die Pflege muss in diesem Zusammenhang zügig umgesetzt werden.

Die vom Bundesrat geforderte Evaluation (§65g Abs. 6) sollte unter Partizipation der Nutzer:innen durchgeführt und deren Ergebnisse veröffentlicht werden.

Gesundheitsregionen

Wir fordern wie der Bundesrat in §140b auch die Einführung von Gesundheitsregionen. Sie bringen eine stärkere Steuerung und Koordinierung von Primärversorgungsstrukturen mit sich. Die Verantwortung hierfür sehen wir bei den Kommunen, sie benötigen jedoch ein klares Mandat hierfür. Wir sehen die Gefahr, dass Gesundheitsregionen vorwiegend in schon oder noch strukturell gut versorgten Kommunen und Kreisen entstehen, da sie aktive Akteur:innen wie Ärzt:innennetze und Kommunen voraussetzen, die mit weiteren Playern entsprechende Angebote aufbauen. In strukturschwachen Gebieten, also da, wo der Bedarf am größten ist, fehlt es oft an finanziellen und personellen Ressourcen in der Kommune. Hier braucht es Lösungen für finanzschwache Kommunen. Gesundheitsregionen sollten kommunal gesteuert werden. Eine Auslagerung der Leitung an gewinnorientierte Unternehmen lehnen wir ab, weil die Gefahr besteht, dass wirtschaftliche Aspekte und nicht das Wohl der Patient:innen im Vordergrund stehen.

Quellen:

Fiscella, K., Mauksch, L., Bodenheimer, T., Salas, E., 2017. Improving Care Teams' Functioning: Recommendations from Team Science. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 43, 361–368.

<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.03.009>

Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., Letrilliart, L., 2015.

Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)* 37, 716–727.

<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>