

Deutscher Landkreistag · Postfach 11 02 52 · 10832 Berlin

Ulrich-von-Hassell-Haus  
Lennéstraße 11  
10785 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit  
Referat 221

Tel.: 030 590097-332  
Fax: 030 590097-430

Ausschließlich per E-Mail:  
[221@bmg.bund.de](mailto:221@bmg.bund.de)

E-Mail: [Lennard.Klingebliehl@Landkreistag.de](mailto:Lennard.Klingebliehl@Landkreistag.de)

AZ: V-500/01-0

Datum: 2.5.2024

## Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem von Ihnen vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) mit Stand vom 8.4.2024 nimmt der Deutsche Landkreistag nach Einbeziehung seiner Mitglieder gerne Stellung.

Grundsätzlich wird das Ziel einer Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune begrüßt. Die mit dem Entwurf beabsichtigten Effekte dagegen scheinen aus unserer Sicht als unzureichend. Insbesondere im hausärztlichen Bereich wird die Unterversorgung weiter zunehmen, insbesondere in ländlichen Regionen. Somit wird der Entwurf seinem Namen „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ nicht mehr gerecht.

Mit dem Referentenentwurf wurden praktisch alle in Vorfassungen enthaltenen Instrumente gestrichen, die ein Landkreis zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung hätte nutzen können: Gesundheitsregionen, Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske sind nicht mehr enthalten. Alle drei Maßnahmen hatten zum Ziel, Elemente zur Steuerung der Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen zu implementieren. Die bessere Steuerung ist unserer Ansicht nach notwendig, um die existierende Unter-, Über- und Fehlerversorgung im deutschen Gesundheitssystem zu reduzieren. Die alleinige Steuerung durch hausärztliche Praxen ist aufgrund des Fachkräftemangels bei den Hausärztinnen und -ärzten sowie den medizinischen Fachangestellten und den sich daraus ergebenden fehlenden Ressourcen nicht ausreichend. Insbesondere Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf (multimorbid, pflegebedürftig, immobil, ohne Angehörige etc.) benötigen Unterstützung beim Management ihrer Versorgung. Dieser Versorgungsbedarf umfasst nicht nur medizinische, sondern auch soziale Probleme. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, neue Gesundheitsberufe, wie z.B. Community Health Nurses, einzuführen. Diese sollten einen ganzheitlichen Blick auf den Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten haben und deren Behandlungspfade koordinieren. Dies kann nur in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern vor Ort gelingen.

Die Förderung von Gesundheitskiosken, wie sie im vorherigen Entwurf enthalten war, wäre teilweise eine Möglichkeit zur Kompensation gewesen. Die Entscheidung, diese Struktur zu streichen, wird vom Deutschen Landkreistag kritisch betrachtet. Gesundheitskioske könnten in bestimmten ländlichen Räumen dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern, auch wenn zu erwarten ist, dass außerhalb mittelgroßer und größerer Städte kein

signifikanter Beitrag erzielt werden wird, da die erforderlichen Einwohnerzahlen in erreichbarer Nähe in der Regel nicht erreicht werden.

Die im Entwurf vorgesehene Vereinfachung der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wird grundsätzlich positiv bewertet. Insbesondere in ländlichen Räumen gestaltet es sich nämlich zunehmend schwierig, Nachfolger für Einzelpraxen zu finden. Dies führt zu einem spürbaren Mangel an Hausärzten und könnte zu einer verzögerten Diagnose schwerwiegender Erkrankungen und infolgedessen zu höheren Behandlungskosten führen.

Trotz der offensichtlichen Notwendigkeit einer verbesserten Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen ist die geplante Erleichterung der Gründung von MVZ aufgrund des bestehenden Ärztemangels aber nicht überall die effektivste Lösung. Niedrigschwellige Angebote, die in Verdichtungsräumen erfolgreich sind, könnten zwar dort eine frühzeitige Erkennung von Krankheiten unterstützen. In weniger dicht besiedelten und ländlichen Regionen bedarf es jedoch anderer, spezifischer Lösungsansätze, um die Gesundheitsversorgung nachhaltig zu stärken. So kann z. B. die Einführung neuer nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe ein Lösungsansatz für die Versorgungsprobleme in ländlichen Räumen sein. Dass die Übernahme von Kontrolluntersuchungen und Routinebehandlungen bei chronisch erkrankten Patienten durch akademisierte Pflegefachkräfte oder Physician Assistants möglich ist, zeigen Erfahrungen aus dem Ausland. Gerade die nordischen Länder können hier als modellhaft dargestellt werden. Hier gäbe es durch die Substitution medizinischer Tätigkeiten ein großes Potenzial, Hausärztinnen und -ärzte zu entlasten, um deren Ressourcen gezielter einsetzen zu können.

Im neuen Entwurf fehlt die Honorierung der darüber hinausgehenden Netzwerkarbeit der verschiedenen Gesundheitsakteure. Die enge Kooperation über Professionen und Sektorengrenzen hinweg macht die Versorgung der Patienten effizienter und sicher.

Wir kritisieren die Streichung der im Entwurf vom 21.3.2024 noch vorgesehenen Förderung zur Schaffung neuer Medizinstudienplätze. Aufgrund des demografischen Wandels werden etwa 40 Prozent der Hausärztinnen und -ärzte in den kommenden Jahren in den Ruhestand eintreten. Grund dafür sind auch die veränderten Wünsche junger Ärztinnen und Ärzte an ihre berufliche Tätigkeit (z. B. Anstellung, Teilzeittätigkeit) und die sich daraus ergebende geringere Behandlungszeit. Außerdem würde die Schaffung neuer Studienplätze zu einem erleichterten Zugang zum Medizinstudium führen.

Wir begrüßen, dass Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen werden sollen. Auch eine jahresbezogene Versorgungspauschale für die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten erachten wir als sinnvoll. So können unnötige Arzt-Patienten-Kontakte vermieden und gleichzeitig eine angemessene Honorierung der hausärztlichen Leistungen gewährleistet werden. Die Einführung einer jahresbezogenen Versorgungspauschale für chronisch kranke Personen (bisher: quartalsweise Abrechnung) wird kritisch gesehen. Es besteht das Risiko der Verschlechterung der Versorgung von diesem Personenkreis, da keine Anreize bestehen, diese Personen in die Arztpraxis einzubestellen, wenn die Praxis bereits an der Kapazitätsgrenze arbeitet. In der Praxis wird durch diese Änderung kein wesentlicher Entbürokratisierungsvorteil oder Entlastung der Ärzteschaft geschaffen.

Wir möchten erneut darauf hinweisen, dass die von Seiten des BMG gesetzte Frist als unangemessen kurz empfunden wird. Wir bitten höflich darum, zukünftig großzügigere Fristen zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

  
Klingebiel