

1 **Stellungnahme zum**
2 **Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit**
3 **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der**
4 **Kommune**
5 **(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)**
6

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

11
12 Wir haben den Ansatz des Arbeitsentwurfs, die Primärversorgung zu verbessern,
13 begrüßt. Kommunen als Versorgungakteure sollten gestärkt, nicht-ärztliche
14 Gesundheitsberufe stärker einbezogen werden. Maßnahmen zur Verbesserung der
15 Gesundheitskompetenz und Bedienung sozialer Bedarfe sollten als GKV-Leistungen
16 festgelegt werden. Wir bedauern sehr, dass diese Ansätze im aktuellen
17 Referentenentwurf nicht mehr enthalten sind.

18
19 **Primärversorgungszentren**

20 Wir fordern die Einführung von **Primärversorgungszentren**, da sie den Einstieg in
21 interprofessionelle Primärversorgung darstellen. Sie sollten interprofessionelle
22 Primärversorgung erbringen können, die folgende Angebote umfasst:

- 23 - haus- und ggf. kinderärztliche Versorgung,
- 24 - psychologische und soziale Beratung,
- 25 - aufsuchende Angebote,
- 26 - Prävention und Gesundheitsförderung sowie eine
- 27 - niedrigschwellige Gesundheitsberatung und Community Health Nursing,
- 28 wie es ursprünglich für die Gesundheitskioske nach § 65g vorgesehen war.

29 International sind interprofessionelle Primärversorgungszentren in vielen Ländern seit
30 Langem fester Bestandteil der Primärversorgung. Internationale wissenschaftliche
31 Literatur betont, dass es wichtig ist, alle Dienste an einem Ort anzubieten (Fiscella et
32 al., 2017).

33
34 *Interprofessionalität*

35 Um eine gute interprofessionelle Primärversorgung zu ermöglichen, ist
36 sicherzustellen, dass interprofessionelle Teamarbeit inklusive
37 Fallkonferenzen stattfinden kann und finanziert wird (Supper et al., 2015). Beides ist
38 im bisherigen System der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend abbildbar
39 und allein durch niedergelassene Arzt:innen nicht leistbar. Damit die
40 Zusammenarbeit nicht durch weitere Hürden, wie unterschiedliche
41 Datenschutzanforderungen, Abrechnungs- und Dokumentationssysteme, erschwert
42 wird, ist eine einheitliche Trägerschaft der oben genannten, bisher getrennt
43 arbeitenden, Professionen notwendig, die eine echte Versorgung „aus einer Hand“
44 ermöglicht. Dies ist bereits im Bereich der stationären Leistungserbringung in
45 Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen auch möglich.

46 Es ist klarzustellen, dass die an der Primärversorgung zu
47 beteiligenden nichtärztlichen Berufsgruppen, wie Community Health Nurses,
48 Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und ggf. weitere
49 Berufsgruppen, eigenständig tätig werden können. In diesem Zusammenhang ist
50 eine rasche Umsetzung der geplanten gesetzlichen Regelung zur
51 Heilkundeübertragung auf Pflegefachkräfte notwendig. Die in den

52 Primärversorgungszentren angestellten Professionen sollten hierarchiearm auf
53 gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten können. Insbesondere sollte die Struktur
54 ermöglichen, die Zentrierung auf Ärzt:innen in unserer Gesundheitsversorgung
55 abzubauen. Wir schlagen eine kooperative Leitung der PVZs durch Angehörige
56 mindestens zweier unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen vor.

57

58 *Soziale Determinanten von Gesundheit*

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

68

69 *Gemeinwohlorientierte Trägerschaft*

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

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

82 Neben der Kassenärztlichen Vereinigung sollte auch die Kommune bzw. der
83 Öffentliche Gesundheitsdienst in die Anerkennung von Primärversorgungszentren
84 einbezogen werden.

85

86 *Regionale Bedarfsorientierung*

87 Vorrangig sind PVZ in strukturschwachen, sozial benachteiligten Gebieten oder in
88 Gebieten mit bestehender oder drohender ärztlicher Unterversorgung zu errichten.
89 Perspektivisch ist eine interprofessionelle Primärversorgung in PVZ flächendeckend
90 in ganz Deutschland zu errichten.

91 Innerhalb des vorgegebenen Rahmens sind regionale Bedarfe und vor Ort
92 bestehende Spezifika zu berücksichtigen. Welche Daten hier einzubeziehen sind,
93 wird ebenso wie Anforderungen an eine regionale Sozialraum- und Bedarfsanalyse
94 bundesweit festgelegt.

95

96 *Anforderungen*

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

103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153

Vergütung

Es braucht 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. Das ist insbesondere in unterversorgten Stadtteilen und Regionen notwendig. Wir würden eine Verpflichtung der GKV zur Einrichtung von Gesundheitskiosken auf Initiative der Kommunen begrüßen. Es sollten Bedingungen festgelegt werden, in welchen Regionen ein Bedarf für einen Gesundheitskiosk besteht, anstatt sie pauschal auf „sozial benachteiligte Regionen“ zu beschränkt. Die Finanzierung sollte gemeinsam durch Kommunen und GKV, ggf. darüber hinaus durch weitere Träger gemäß § 12 SGB I erfolgen. Finanzschwache Kommunen sollten finanziell unterstützt werden, damit auch sie Gesundheitskioske errichten können.

Die im letzten Arbeitsentwurf 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.

Wir fordern eine Evaluation unter Partizipation der Nutzer:innen, deren Ergebnisse veröffentlicht werden.

Gesundheitsregionen

Wir fordern 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.

154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164

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., Letriliart, 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>