

Deutscher Städtetag | Gereonstraße 18-32 | 50670 Köln

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Referatsleiter Till-Christian Hiddemann  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

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

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune  
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)**

29.04.2024/rem/koe

Sehr geehrter Herr Hiddemann, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme zu o. g. Referentenentwurf. Wir positionieren uns wie folgt:

**A. Grundsätzliches**

Gerade erst im Januar 2025 hatte das Präsidium des Deutschen Städtetages einen Beschluss ([link](#)) zu Fragen der Sicherung der ambulanten Gesundheitsversorgung gefasst, der weiterhin gilt. Er betrifft an vielen Stellen die Inhalte des jetzt ausformulierte GVSG-Vorhabens. Deutlich wird darin die Sorge vor Versorgungsengpässen, die besondere Verantwortung der kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch die Rolle der Städte, die mehr Mitspracherecht für die örtliche Bedarfsplanung von Arztstellen erhalten müssen. Zu den Gesundheitskiosken heißt es hierin: „*Das Präsidium bekräftigt die Bereitschaft der Städte, durch die Errichtung bzw. Weiterführung von Gesundheitskiosken, insbesondere die Versorgung dieser Menschen zu verbessern. Dazu bedarf es einer gesicherten Finanzierung. Die Erbringung von medizinischen Leistungen soll weiterhin durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erfolgen.*“

Im jetzigen Entwurf vermissen wir sinnvolle Regelungen zu Gesundheitskiosken. Sie waren angekündigt, teils noch im März 2024 von der BMG Hausspitze. Teilweise sind Kommunen in der Sache bereits tätig und warten auf Verbindliches. Dort ist das Streichen der Regelungen

**Kontakt**

Lutz Decker  
lutz.decker@staedtetag.de  
Gereonstraße 18-32  
50670 Köln

Telefon 0221 3771-305  
Telefax 0221 3771-9302

[www.staedtetag.de](http://www.staedtetag.de)

Aktenzeichen  
53.08.00 D

**Hauptgeschäftsstelle Berlin**

Hausvogteiplatz 1  
10117 Berlin  
Telefon 030 37711-0

**Hauptgeschäftsstelle Köln**

Gereonstraße 18-32  
50670 Köln  
Telefon 0221 3771-0

**Europabüro Brüssel**

Avenue des Nerviens 9-31  
1040 Bruxelles / Belgien  
Telefon +32 2 882 774-0

für diesen Bereich unverständlich und wird mit großer Enttäuschung wahrgenommen.

Die konkrete Einrichtung von Gesundheitskiosken nach einem entsprechenden Gesetz würde sicherlich viel von örtlichen Situationen abhängen. Ein Initiativrecht (keine Pflicht) der Kommunen, so wie es zunächst vorgesehen war, wäre grundsätzlich sinnvoll gewesen. An vielen Orten wären sie als Baustein einer bürgernahen und guten Versorgungslandschaft gerade für vulnerable Gruppen mit schwierigem Zugang zum Gesundheitssystem sinnvoll. Die Erfahrungen, die Kommunen im Zuge der Arbeit im Bereich des Öffentlichen Gesundheitswesens machen und die dem Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung dienen, zeigen, dass niedrigschwellige Angebote für die Bürgerinnen und Bürger dringend gebraucht werden, um der zunehmend schwierigen Lage im Bereich der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken.

Insbesondere der beratende Ansatz der Gesundheitskioske würde zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz sowie zur einfachen Umsetzung präventiver Maßnahmen und schließlich zur Entlastung der hausärztlichen Versorgung beitragen können. Das wäre ein signifikantes Plus gegenüber Einzelberatungen zu Einzelproblemen von Stellen, die den mitangesprochenen Zielgruppen teils noch nicht einmal bekannt sind. Gerade in Regionen mit hohen sozialen Herausforderungen besteht ein hoher Bedarf an niedrigschwelligen Beratungsangeboten, um die Zugänge in die gesundheitliche Versorgung zu sichern und die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Zudem führt die demographische Entwicklung zu einer Zunahme älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten, sodass ein breiter, koordinierter Ansatz der Grundversorgung, der auch die Verbindung zu sozialer Beratung und Unterstützung herstellt, sehr sinnvoll wäre. Auch das Berufsbild der Pflege hätte hier Weiterentwicklungspotenzial.

Die verschiedenen neuen Versorgungsansätze von Kiosken wären aus unserer Sicht daher auch wichtige Bausteine in der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, die so zu kurz kommt. Die Kioske wurden auch als Bestandteil der Primärversorgungszentren gesehen und könnten an dieser Stelle ein wichtiger Knotenpunkt innerhalb der einzurichtenden Netzwerke sein. Auch an dieser Stelle tritt durch den Wegfall der Kioske eine Lücke auf. Durch das zugesprochene Initiativrecht auf kommunaler Ebene hätten die Kommunen die Möglichkeit, ganz konkret und bedarfsorientiert ihre Lebenswelten zu gestalten und die gesundheitliche Versorgung zu verbessern.

Der gesamte Bereich der öffentlichen Gesundheit und die Rolle der Kommunen und ihres öffentlichen Gesundheitsdienstes ist nun allerdings gegenüber Vorentwürfen stark zusammengestrichen worden und kaum mehr erkennbar. Es ist auch aus unserer Sicht richtig, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Krankenversicherungen für die Sicherstellung der

gesundheitlichen Versorgung vor Ort zuständig sind. Dennoch gibt es gerade für vulnerable, schwer erreichbare Gruppen erhebliche Probleme, überhaupt den Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem zu erhalten. Der vorliegende Entwurf fokussiert nun aber im Wesentlichen auf den niedergelassenen Sektor, und lässt andere Akteure außer Acht. Das widerspricht dem neuen zukunftsweisenden und richtigen Ansatz der sektorenübergreifenden Versorgung. Er geht somit auch vorbei an tatsächlich bestehenden Problemlagen vor Ort. Für die kommunale Ebene gibt es so kaum Mitgestaltungsmöglichkeiten, obwohl dort die Problemlagen der Bürgerinnen und Bürger kumulieren und städtisches Thema werden. Mit dem kommunal getragenen ÖGD besteht auch eine Institution, die besonders nah dran an der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung ist. Berücksichtigt werden im Gesetzentwurf aber viele andere Institutionen, teils mit deutlich abstrakterem Zugang zu den Problemlagen; die kommunale Ebene und der ÖGD aber kaum. Dies wäre aus unserer Sicht und mit Blick auf die Versorgungssituation dringend zu verbessern, zumal hier die entsprechenden Kompetenzen, Daten, Kenntnisse und oft auch Initiativen, Netzwerke und Gremien bereits existieren.

Das ursprüngliche Ziel, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben und Schnittstellen zu optimieren, u.a. durch niedrigschwellige Beratungsangebote, wird mit dem neuen Entwurf nicht mehr ausreichend verfolgt. Die innovativen Möglichkeiten, die sich durch Gesundheitsregionen - mit Ihren positiven Möglichkeiten für abgestimmte Bedarfsplanungen -, Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske ergeben hätten, werden nicht realisiert.

Vor diesem Hintergrund beurteilen wir den gegenüber Vorentwürfen stark zusammengekürzten Gesetzesentwurf als deutliche Verschlechterung. Er erscheint als falsches Signal in einer Zeit des zunehmenden Fachkräftemangels und der Notwendigkeit einer stärkeren intersektoralen Kooperation. Möglichkeiten für Gesundheitskioske sollten in einem geänderten Entwurf wieder vorgesehen werden. Wir plädieren für ein adäquates - ohne Doppelstrukturen und inklusive gesicherter Finanzierung - erneutes Aufgreifen und setzen unsere Hoffnung dafür nun in das weitere Verfahren.

## **B. Zu Einzelregelungen**

Zu den Artikeln 1, Nr.12, zu § 92 SGB V und Nr. 18, zu § 116b SGB V sowie Nr. 22, zu § 140f SGB V, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Referentenentwurf sieht eine Reihe von Änderungen der Verfahren des G-BA und auch eine erhebliche Ausweitung der Beteiligungsrechte und -erfordernisse vor. Die Definition der Betroffenheit ist dabei weit gefasst (z.B. in den zu Ziffer 12, Buchstabe j). Hier steht zu befürchten, dass die angezielte Beschleunigung der Verfahren des G-BA so nicht erreicht werden kann; zumindest

in Konkurrenz steht. Wichtig erscheint, auf die Entscheidungsbasis und ihre Verankerung in wissenschaftlicher Evidenz zu achten. Auch muss sichergestellt sein, dass selbst gut gemeinte Strukturvorgaben Problemlagen vor Ort nicht noch eher verschärfen.

Zu Artikel 1 Nr. 13, zu § 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V, MVZ

Die ursprünglich angedachte Stärkung der kommunalen Einflussnahme bei lokalen Versorgungsdefiziten ist im Entwurf nicht mehr zu finden. Beschränkungsmöglichkeiten bei der Sicherheitsleistung gegenüber der KV gelten letztlich auch für nichtkommunale MVZ. Das Potenzial einer Versorgungsverbesserung wurde hier nicht realisiert.

Kommunen, die nicht ohnehin bereits über ihre Kliniken an MVZ beteiligt sind, können nun zwar leichter von der Betreiberform der AÖR in die Rechtsform der GmbH zur Gründung eines MVZ wechseln. Dennoch fehlt es auch weiterhin an wirklicher Einflussnahme auf die medizinische Versorgung vor Ort. Auch die Zulassung kommunaler MVZ setzt die Verfügbarkeit von Arztstellen im Versorgungsbezirk voraus und ist den normalen Regelungen der Bedarfsplanung unterworfen. Lokale Versorgungsengpässe lassen sich somit auch nur bedingt über eine Beteiligung der Kommune lösen.

Insgesamt kommt die ursprüngliche Idee einer Verbesserung der kommunalen Stellung bei gleichzeitiger Einschränkung der Möglichkeiten von Investoren-MVZ im vorliegenden Entwurf nicht zum Tragen. Im Gegenteil, gerade die stark gewinnorientierten Investoren-MVZ profitieren von der Beschränkbarkeit der Sicherheitsleistungen. Dies führt insbesondere zu einer Verstärkung der Konzentration überregional beplanter Facharztgruppen in Ballungszentren, an der faktisch auch die vorgesehene Beteiligung der Landesbehörden absehbar nichts ändern wird. Es muss besser darauf geachtet werden, dass es nicht zu einer rein investorengetriebenen Versorgung kommt, die die Gefahr in sich trägt, zu sehr auf Rendite und zu wenig auf eine verbesserte Versorgungssituation insgesamt ausgerichtet zu sein.

Damit werden die in Vorentwürfen besseren Ansätze nun zu einer Auffanglösung für die Verhinderung einer völligen Unterversorgung im hausärztlichen Bereich sowie einigen wenigen fachärztlichen Versorgungsgruppen mit räumlicher kleinteiliger Planung in strukturschwachen Gegenden.

Wenn die kommunalen Ansätze verbessert werden sollen, würden wir uns weitere, speziell für Kommunen geltende Erleichterungen - etwa Begrenzung der Bürgschaften - wünschen. Auch könnten solche Regelungen zu MVZ nicht die einzige Lösung sein, da die Gefahr besteht, dass das finanzielle Risiko zum Großteil auf die Kommunen abgewälzt wird.

#### Zu Artikel 1 Nr. 14, zu § 96 Absatz 2a, Zulassungsausschüsse

Die Möglichkeit der Mitgestaltung der Länder in den Zulassungsausschüssen erscheint zwar grundsätzlich sinnvoll. Geachtet werden muss hier aber darauf, dass das Mitentscheidungsrecht der obersten Landesbehörden im Zulassungsausschuss die Regulierungsmodalitäten nicht verkompliziert, statt vereinfacht. Hier gilt es auch darauf zu achten, konsequente Schritte zur Deregulierung und Entbürokratisierung vorzusehen. Darüber hinaus ist mit der vorgesehenen Regelung immer noch nicht gewährleistet, dass die örtliche Kompetenz und Expertise zu Versorgungsengpässen berücksichtigt wird.

#### Zu Artikel 1 Nr. 15, zu § 101 Absatz 4a (neu), Arztgruppen

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, zukünftig als eine eigene bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe zusammengefasst werden und so ein Monitoring erfolgen kann. Dies kann zu mehr Klarheit bei der Betrachtung der Versorgungslage führen. Es wird jedoch nicht automatisch zu einer Verbesserung derselben beitragen. Eine Überlegung in diesem Zusammenhang wäre, dass ein stärkerer Rückgriff auf Psychologen in der Psychotherapie die Versorgungssituation entspannen könnte.

Der Fokus kann nicht alleinig auf der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegen, sondern muss die Facharztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Gesamtheit einbeziehen. Ziel darf nicht nur die Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sein, sondern muss die gesamten Versorgungspfade bei kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen umfassen. Es geht um die ganzheitliche kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung und nicht nur um den Teilbereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Engpässe bei der ärztlichen Versorgung können zu einer Diskontinuität bzw. Fehl- und Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen führen.

Insgesamt zu beachten ist, dass mit der Regelung eine Erwartung bei den Bürgerinnen und Bürgern geweckt wird, die dann aber wahrscheinlich angesichts des Fachkräftemangels nicht erfüllt werden kann. Für die Kommunen ist auch hier keine Steuerungsmöglichkeit vorgesehen, um einer etwaigen Unter-/Fehlversorgung entgegenzuwirken.

#### Zu Artikel 1 Nr. 16, zu § 105 SGB V, Klarstellung Strukturfonds

Zu begrüßen ist die Klarstellung, dass das Fehlen einer drohenden oder aktuellen Unterversorgung bzw. eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs keinen hinreichenden Ablehnungsgrund darstellt.

Zu Artikel 1 Nr. 24, zu § 217 f SGB V, Kennzahlen

Wir halten es hier für bemerkenswert, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihre Vergleichskennzahlen selbst festlegen können. Das Besondere daran wird deutlich, wenn dies z.B. aus Krankenhaussicht gesehen wird, wo dies gänzlich anders erfolgt. Aus dieser Sicht entsteht der Eindruck, dass das BMG hier die Akteure unterschiedlich behandelt. Aus Patientensicht wären sicher eine Reihe von Qualitätsparametern, z.B. insbesondere die Wartezeiten auf eine Behandlung interessant.

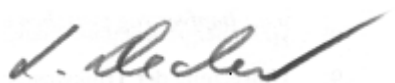
Weiteres:

Medizinstudienplätze.

Dringend wird eine Förderung und der Ausbau von Medizinstudienplätzen benötigt. Der Ärztemangel im Gesundheitssystem und insbesondere auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist schon jetzt offensichtlich und wird sich aus demografischen Gründen noch verstärken. Mit dem Wegfall der Idee eines Förderfonds für Medizinstudienplätze wird eine Chance der Weiterentwicklung der vorhandenen Studienmöglichkeiten vertan.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Lutz Decker