

Schriftliche Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung “Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)” BT-Drucksachen 20/11853, 20/12664

Im Kontext der dringend erforderlichen Regionalisierung der Gesundheitsversorgung (Primärversorgung, Gesundheitszentren, Community Medicine) ist es zu begrüßen, dass sich ein Gesetzesentwurf der Bundesregierung mit diesem Problemkreis befasst. Folgende Punkte sollten in der Debatte darüber Beachtung finden:

1. Die „**Weiterentwicklung des G-BA**“ entspricht einer weitgehenden Schwächung dieses Gremiums, das im korporatistisch organisierten deutschen Gesundheitssystem eine sehr wichtige Rolle eingenommen hat, weil es die Selbstverwaltungspartner zur Kooperation zwingt und selbst vom Gesetzgeber adressiert werden kann. Im vorliegenden Gesetzesentwurf sind allerdings zahlreiche Regelungen enthalten, die eine quantitative Vermehrung von Konsultationspflichten und Einspruchsmöglichkeiten in einem Ausmaß vorsehen, dass hiermit die Arbeitsfähigkeit dieser wichtigen Struktur weitgehend zum Erliegen kommen wird. Natürlich ist es grundsätzlich begrüßenswert, wenn z.B. wissenschaftliche Fachgesellschaften die Gelegenheit zu Stellungnahmen gegeben wird, aber es wird zu einer Lähmung der Arbeitsstrukturen des G-BA kommen, insbesondere wenn diese Stellungnahmen auch noch in die Entscheidungen „einzubeziehen“ sind (s. Neufassungen §§91 und 92). Man sollte nicht außer Acht lassen, dass die Beratungen des G-BA naturgemäß im Grenzgebiet zwischen Wissenschaft/Fachlichkeit und Politik stattfinden. Es bedarf daher spezifischer Institutionen (z.B. IQWiG), die im Auftrag der Institution G-BA die fachlich-wissenschaftliche Evidenz zusammenfassen und bewerten. Es setzt sich hier die Tendenz fort, die Struktur des G-BA in seiner Kompetenz und Arbeitsfähigkeit zu schwächen, so wie es z.B. auch im Bereich der Qualitätssicherung (s. KHVVG) oder während der Corona-Krise zu erkennen war.

2. Gegen die die Vorhaltepauschalen für die **Hausärztliche Versorgung** nach §87 Abs. 2q GVSG-E können keine grundsätzlichen Einwände geltend gemacht werden. Allerdings muss man zu bedenken geben, dass die Bedingungen zur Gewährung dieser Pauschalen (zusätzliche Leistungen wie Hausbesuche, Pflegeheimbesuche, Telemedizin) einen ähnlichen Ansatzpunkt haben wie die Regelungen in den Verträgen zur Hausarzt-Zentrierten Versorgung nach §73b SGB V (aus dem Jahr 2004, Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz, damals Schwerpunkt Qualitätsmanagement). Man hat den Eindruck, dass hier eine Doppelung von sich teilweise überschneidenden Regelungen vorliegt, die letztendlich zu einer Verwässerung der gesetzgeberischen Absicht führt. Zusätzlich ist zu bedenken, dass Fachvertreter aus der hausärztlichen Versorgung immer wieder bezweifeln, dass eine Zunahme von finanziell angereizten Verpflichtungen eher

nicht zu Verbesserungen führen, wenn die personellen Kapazitäten gar nicht zu Verfügung stehen (Personalknappheit mit unbesetzten Hausarzt-Stellen) und strikt auf die Budgetneutralität gepocht wird. Wenn man Abs. 2q im Zusammenhang mit der Neufassung von Abs. 2b sieht, in dem zur Abrechnung der Chroniker-Pauschale nur noch ein einziger Arztbesuch pro Jahr stattfinden muss (statt bisher einmal im Quartal), dann ist es wahrscheinlich, dass es sogar zu einer Vertiefung der im ambulanten Bereich sowieso schon sichtbaren Unterversorgung kommt.

3. Der wichtigste Kritikpunkt besteht in den erweiterten Regelungen zur Versorgung durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach §95 Abs. 2 SGB V. Diese Regelungen ursprünglich ebenfalls aus dem GMG 2004 betreffen eine Struktur, in der interdisziplinäre und multiprofessionelle Einrichtungen in einer Struktur zusammenarbeiten. In der Vergangenheit sind die MVZ durch die Möglichkeit, dass sie auch von Krankenhausträgern unabhängig von deren Standort betrieben werden dürfen, zu einem Einfallstor für privat organisierte überregionale Träger geworden, die über einen Zugang zum Kapitalmarkt verfügen, auf diese Weise in großem Maßstab Praxissitze aufkaufen und als MVZ zusammenführen können. Es besteht zunehmend die Gefahr, dass es hierdurch zur Ausbildung von regionalen Monopolen in der ambulanten Versorgung kommt, die bei der anstehenden regionalen Integration der Versorgung (außerhalb des Horizontes der jetzigen Gesetzgebungsaktivitäten) auch den stationären und Pflegesektor umfassen werden. Die kommunale Ebene verfügt zwar auch über die grundsätzliche Möglichkeit, sich über die Gründung von MVZ als selbständig agierender Player an dieser Entwicklung zu beteiligen, allerdings haben sie einen strukturellen Nachteil, der dieses bislang verhindert. Dieser Nachteil besteht in den hohen Sicherungsleistungen, die sie gegenüber den KVen eingehen müssen, und die im Rahmen der kommunalen Haushaltsordnungen nicht umsetzbar sind. Zwar findet sich im vorliegenden Gesetzesentwurf die Formulierung „Die Gesellschafter können ihre Sicherheitsleistungen der Höhe nach begrenzen“ (§95 Abs. 2 GSVG-E). Aber diese „Minderung“ muss von der KBV und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Form von Rahmenvorgaben konkretisiert werden. Wenngleich sonst in den aktuellen Gesetzesvorlagen immer wieder eine Ersatzvornahme durch das BMG ins Spiel gebracht wird, fehlt eine solche nun ausgerechnet bei dieser grundlegenden Frage; ganz abgesehen davon, dass es weitaus zielorientierter wäre, den Grad der Minderung direkt in den Gesetzestext aufzunehmen oder die Sicherungsleistungen gleich ganz zu streichen.

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Venloer Str. 30

50672 Köln

0163 5818 797