



BAGP PatientInnenstellen, Astallerstr. 14, 80339 München

Anja Lüdtke
Leiterin Sekretariat PA14
Platz der Republik 1
11011 Berlin
anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

München, 11.11.2024

**Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG),
BT-Drucksachen 20/11853, 20/12664**

Kontakt:

Geschäftsstelle der BAGP
c/o Gesundheitsladen München e.V.
Astallerstr. 14, 80339 München

mail@bagp.de

Verantwortlich:

Gregor Bornes & Carola Sraier, Sprecherin der BAGP¹

¹ Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -Initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach §140f SGB V anerkannten Patientenvertreterorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

**Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP)
zum Entwurf eines Gesetzes Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz –
GVSG)
BT- Drucksache 20/11853**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung	3
Einzelparagrafen	4

Grundsätzliches zum GVSG

Diese Stellungnahme greift u. a. auf die Erfahrungen zurück, welche die BAGP im Rahmen ihrer Patientenberatungsarbeit und als maßgebliche Organisation der Patientenvertretung nach §140 f SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und auf Landesebene gesammelt hat. Die BAGP formuliert die hier vertretenen Positionen ausschließlich aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Die BAGP hat keinerlei Interessenskonflikte mit Anbietern aus der Industrie, der Leistungserbringer und / oder der Kostenträger.

Die BAGP begrüßt grundsätzlich das Vorhaben des Gesetzes, die Gesundheitsversorgung „noch besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten“ auszurichten.

Leider wurde insbesondere die als Stärkung der Interessensvertretung der Patient*innen bezeichnete Einführung eines „Veto“-Rechtes für die maßgeblichen Patientenorganisationen an den tatsächlichen Bedarfen der Patientenvertretung vorbei gestaltet.

Das Vetorecht in der geplanten Form ist allenfalls taktisch nutzbar und kurzfristig öffentlichkeitswirksam einsetzbar. Wer wirklich etwas für eine starke Vertretung der Patienteninteressen tun will, sollte sich an dem umfangreichen Forderungskatalog der gesamten Patientenvertretung aus 2023 orientieren.

(https://www.bagp.de/images/bagp/Forderungen_der_PatV_zum_GVSG.pdf).

Der BAGP ist es ein zentrales Anliegen, dass nach 20 Jahren Patientenbeteiligung die Erfolge und der konstruktive Beitrag der Patientenvertretung gewürdigt werden. Dringend und unmittelbar müssen folgende Kernforderungen erfüllt werden:

- Die maßgeblichen Patientenorganisationen müssen strukturell gestärkt werden, damit sie ihre Arbeit im G-BA intern und gemeinsam besser koordinieren können.
- Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Sprecher*innen der Patientenvertretung in den Unterausschüssen des G-BA
- Die Verbesserung der Ausstattung der Stabsstelle Patientenvertretung im G-BA durch einen Automatismus in der Personalbemessung analog der des G-BA
- Die Zusammenarbeit zwischen Bund und Land muss gefördert werden. Dazu gehören regelmäßiger Austausch über Änderungen im G-BA und deren Auswirkungen für die Länder, Fortbildungen zu gemeinsamen Inhalten, Erfahrungsaustausch über best-practice-Erfahrungen
- Die strukturierte Einbindung von Patient*innen- orientierter nationaler und internationaler Forschung in die Arbeit der Patientenvertretung etwa in Form eines Institutes für Patientenorientierung

Zu fehlenden Punkten im GVSG:

Im Gegensatz zum Referentenentwurf Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune) vom 15. Juni 2023 sind wesentliche Initiativen zur Verbesserung der Patientenversorgung gestrichen worden.

Die BAGP unterstützt daher die Forderungen des Bundesrates zu Gesundheitskiosken, Gesundheitsregionen (§ 65g SGB V) und Primärversorgungszentren (§ 73A SGB V), wie in Drucksache des Bundestages 20/12664 beschrieben und empfiehlt der Bundesregierung / dem Bundestag dringend, diese wichtigen Bausteine der Reform anzugehen.

Die dort formulierten Vorhaben fußten auf positiver Evaluation durch den Innovationsfonds und verschiedener anderer wissenschaftlicher Institute wie z. B. der Robert-Bosch-Stiftung und auf internationalen Erkenntnissen zur Verbesserung der Versorgung der Patient*innen. Mindestens sollte eine intensive und ausgeweitete Erprobung durchgeführt werden und so den Weg weisen für eine an lokale Verhältnisse angepasste Unterstützung von Patient*innen in der Fläche.

Zu einzelnen Punkten im GVSG:**Zu Nummer1: § 10 Absatz 1**

Die BAGP befürwortet die Änderung, da es sich um eine Gesetzeslücke handelte, die es zu schließen gilt. Der bisher mögliche Wechsel für berentete Privatversicherte aus der PKV in die Familienversicherung der GKV widerspricht dem Prinzip der Solidargemeinschaft.

Zu Nummer 2: § 33 Absatz 5b Satz 2

Die BAGP befürwortet die Änderung, da die Verordnenden die speziellen Bedarfe der schwerbehinderten Patient*innen kennen und einschätzen können, welche Hilfsmittel medizinisch notwendig sind und die Pflege ermöglichen und unterstützen können. Eine Prüfung der Vorordnungen dieser Spezialversorgung durch den MD erscheint uns weder notwendig noch sachgerecht.

Aus BAGP- Sicht sollte diese Ordnungslogik auf weitere Bereiche der Hilfsmittelversorgung angewendet und darauf verzichtet werden, die medizinische Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) beurteilen zu lassen.

Zu Nummer 7 Buchstabe c: § 87 Vergütung hausärztlicher Leistungen

Die BAGP unterstützt die Vorschläge, die Vergütung von Hausarztpraxen neu zu regeln. Die hausärztliche Anbindung ist für Patient*innen zunehmend wichtig, damit die Versorgung sachgerecht und gezielt koordiniert und gesteuert wird. Die besondere Funktion des Hausarztes als erster Ansprechpartner für den Patient*innen muss sich auch in der Vergütung widerspiegeln.

Die BAGP unterstützt die Idee, die geplanten Änderungen in der Vergütung der Hausärzte zu evaluieren. Dazu reicht aber die Formulierung: *"Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz insbesondere auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 10. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] über die Ergebnisse."* nicht aus.

Die BAGP schlägt vor, dass die Ergebnisse der Analyse / Evaluation veröffentlicht werden.

Zu Nummer 9: § 91

Die BAGP begrüßt, dass es möglich werden soll, Sitzungen im G-BA mittels digitaler Technik durchzuführen. Gerade für die Patientenvertreter*innen kann so einfacher sichergestellt werden, dass sie ihr Ehrenamt ausüben können.

Zu Nummer 11 Buchstabe a: § 95 Absatz 6 Satz 7 und 8

Die BAGP sieht nicht, dass durch diese Regelungen die Kommunen besonders unterstützt werden. Vielmehr kann die geplante Regelung auch von anderen Betreiber*innen von MVZ genutzt werden. Dies muss dringend auf die Kommunen zugespielt werden.

Die Erleichterung der **Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ)** wird begrüßt. Gleichzeitig muss die Zweckentfremdung der solidarisch erbrachten Beiträge der gesetzlich Versicherten durch Shareholder-getriebene Konzerne unterbunden werden. Gewinne, die im Rahmen der aus Mitteln der gesetzlich Krankenversicherten finanzierten Versorgung erzielt wurden, müssen vollständig und verpflichtend in die Versorgung der gesetzlich Versicherten reinvestiert werden.

Zu Nummer 12 Buchstabe a: § 101 Bedarfsplanung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten (KJP)

Die BAGP unterstützt die Neuermittlung des Bedarfes in der Gruppe der KJP's und die damit einhergehende Neuschaffung von mehr Kassenarztsitzen in dieser Fachgruppe.

Der zeitnahe Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer deutlichen Verkürzung der Wartezeiten für die jungen Patient*innen ist unbedingt notwendig, um die Familien zu unterstützen und langfristige gesundheitliche Schäden zu vermeiden.

Zu Nummer 15: Änderung des §116b

Die Idee der qualitätsgesicherten ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) ist aus Patientensicht zu begrüßen, um die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit zu erhöhen. Die Einbindung der Fachgesellschaften zur Beschreibung der Behandlungsbedarfe ist nachvollziehbar.

Auch der Auftrag an den G-BA weitere Diagnosen für die ASV zu ermitteln und ASV-Anforderungen / Richtlinien zu erarbeiten, begrüßt die BAGP.

Gleichzeitig stellt die BAGP fest, dass die bürokratischen Hürden zur Gründung von ASV Team's abgebaut werden sollten. Ziel muss sein, dass die Betroffenen im Bedarfsfall die ASV bundesweit gut erreichen können oder zumindest adäquate Alternativen aufgezeigt bekommen.

Zu Nummer 22 Buchstabe b

Leider wurde insbesondere die als Stärkung der Interessensvertretung der Patient*innen bezeichnete Einführung eines „Veto“-Rechtes für die maßgeblichen Patientenorganisationen an den tatsächlichen Bedarfen der Patientenvertretung vorbeigeht. Das Vetorecht in der geplanten Form ist allenfalls taktisch nutzbar und kurzfristig öffentlichkeitswirksam einsetzbar.

Zu Nummer 22 Buchstabe c NEU

Die BAGP empfiehlt die Einfügung eines weiteren Punktes c in Nummer 22:

Äußerst schwierig ist die Situation der Stabsstelle der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Aufgaben des G-BA steigen stetig, die Arbeitsbelastung der Patientenvertretung ebenfalls. Dennoch ist es bisher nicht gelungen, die personelle Entwicklung der Stabsstelle adäquat an die wachsenden Anforderungen anzupassen. Stattdessen muss ein Antrag im Finanzausschuss auf Zuwachs an Personal gestellt und umfangreich begründet werden. Immer wieder macht die Patientenvertretung die Erfahrung, dass die Träger des G-BA auf die Anforderungen nicht eingehen, bzw. sie quasi ohne Begründung ablehnen.

Die BAGP mahnt daher dringend an, die Formulierung unter Nummer 22

(§ 140f Absatz 2) zu ergänzen und die Träger des G-BA eindeutiger zu verpflichten die Stabsstelle für ihre Aufgabenfülle ausreichend auszustatten.

Begründung: Der personelle Aufwuchs der Stabsstelle Patientenbeteiligung ist bisher der Willkür der Träger des G-BA unterworfen. Der Gesetzgeber sollte hier dringend einen klaren Auftrag an den G-BA geben, dass bei gestiegenen Aufgaben auch die Ausstattung der Stabsstelle Patientenbeteiligung im G-BA entsprechend angepasst werden muss.

Die Patientenvertretung in Beteiligungsgremien nach § 140f SGB V auf Bundes- und Landesebene hat ein gesetzlich gewolltes und über Jahre weiterentwickeltes Antrags- und Mitberatungsrecht. Rund 300 Patientenvertreterinnen und -vertreter allein auf der Bundesebene nehmen dieses Recht ganz überwiegend ehrenamtlich wahr. Von den Patientenorganisationen wird diese Aufgabe derzeit ohne zusätzliche Förderung neben deren Kernaufgaben wahrgenommen. Im G-BA werden sie dabei lediglich von einer Stabsstelle Patientenbeteiligung mit derzeit knapp elf Vollzeitstellen (VZÄ) unterstützt. Zum Vergleich: Allein die Beratungen des Unterausschusses Arzneimittel des G-BA werden in dessen Geschäftsstelle durch 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fachlich vorbereitet. Zusätzlich betreiben die Selbstverwaltungspartner von gesetzlicher Krankenversicherung, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und

Deutscher Krankenhausgesellschaft einen hohen personellen Aufwand, um die Beratungen zu unterstützen.

Es besteht hier ein großes Missverhältnis der Kräfte zum Nachteil der Patientenvertretung. Hinzu kommt der umfassende gesetzliche Aufgabenbereich der Stabsstelle Patientenbeteiligung. Dieses Missverhältnis an professioneller Unterstützung und Begleitung der Gremienarbeit gilt es durch neue gesetzliche Vorgaben zu beseitigen und dem G-BA aufzugeben, die Stabsstelle mit dem erforderlichen Personal auszustatten: Kurzfristig muss die Stabsstelle Patientenbeteiligung im G-BA um fachlich qualifiziertes Personal aufgestockt werden, um vor allem die inhaltlich und zeitlich enormen Abstimmungsaufwände im Bereich der Qualitätssicherung, der Beteiligungsprozesse bei Stellungnahmen gegenüber dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), für die Unterstützung in Fragen der Methodenbewertung und bei Entscheidungsvorgängen zu Arzneimitteln angemessen unterstützen zu können. Hierzu gehören auch personelle Ressourcen für den weiteren Ausbau von Schulungsnotwendigkeiten und wissenschaftlichen Recherchen als Grundlage für Anträge oder Einschätzungen zu möglichen Auswirkungen von G-BA Entscheidungen. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund des in § 140f Absatz 2 Satz 7 SGB V geplanten Vetorechts für die Patientenvertretung im G-BA erforderlich.

Die Stabsstelle Patientenbeteiligung sollte - so das Anliegen der Patientenorganisationen - zudem nach und nach personell durch einen automatischen Mechanismus wachsen. Sie soll innerhalb eines absehbaren Zeitraums an die personelle Ausstattung der G-BA-Fachabteilungen auf 10% des Personals angeglichen werden. Das würde, ausgehend vom Stellenplan 2024 dazu führen, dass sich für die Stabsstelle Patientenbeteiligung perspektivisch ein Stellenumfang von circa 20 VZÄ ergeben würde.

Ergänzend ist es erforderlich, dass die Stabsstelle Patientenbeteiligung innerhalb der Organisationsstruktur des G-BA, vergleichbar mit anderen ehemaligen Stabsbereichen, als Abteilung geführt wird, um die Strukturen innerhalb der Stabsstelle entsprechend den Bedarfen der Patientenvertretung und dem Aufgabenbereich der Stabsstelle effizient anpassen und entsprechend der hohen Anforderungen erledigen zu können.

Zu Nummer 24 Buchstabe b

Die Herstellung von Transparenz hinsichtlich der Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen sowie hinsichtlich des Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung wird begrüßt. Ebenfalls begrüßt wird die Unterbindung der Misbrauchsmöglichkeit zulasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in die Kranken- und soziale Pflegeversicherung von Seiten privat krankenversicherter Rentnerinnen und Rentner durch gezieltes Absenken des Rentenzahlbetrages auf die Einkommensgrenze der Familienversicherung mit dem Ziel der Aufnahme in die Familienversicherung.

Zu Nummer 26 Buchstabe c

Im Interesse einer wirksamen Finanzkontrolle im Gesundheitswesen werden auch die erweiterten Prüfrechte des Bundesrechnungshofes bei weiteren Selbstverwaltungsorganisationen, insbesondere bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, ihren Bundesvereinigungen und dem G-BA, begrüsst.

Bezüglich des Änderungsantrags der CDU werden begrüßt:

- Nr. 21: eine Sensibilisierung für Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des sog. „social prescribing“-Ansatzes zu ermöglichen, um niedrigschwellig Leiden außerhalb des Gesundheitssystems zu behandeln;
- Nr. 22: eine gesetzliche Regelung auf den Weg zu bringen mit dem Ziel, an die lokalen Bedarfe vor Ort orientierte Leistungen durch eine auf Planung beruhende Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur, insbesondere von Kurzzeit-, Langzeit-, Tages- und Nachtpflegeangeboten, bundesweit zu etablieren;
- Nr. 23: flächendeckend den Ausbau örtlicher Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung und die Einführung eines Quartiersmanagements mit integrierter Pflegeberatung sowie den Aufbau von Netzwerken aus Ehrenamt oder Nachbarschaftshilfen im Sinne des Aufbaus von „Caring Communities“ zu fördern und dafür gegebenenfalls notwendige gesetzliche Grundlagen vorzulegen;
- Nr. 24: gemeinsam mit Ländern und kassenärztlichen Vereinigungen den aktuellen Stand der barrierefreien Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu ermitteln und auf dieser Basis weitere Maßnahmen zu prüfen und
- Nr. 25: die barrierefreie Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum zu einem der Schwerpunkte des laut Koalitionsvertrages eigentlich schon für Ende 2022 vorgesehenen Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu machen und dabei vorbildliche Projekte einer barrierefreien ambulanten Gesundheitsversorgung bekannter zu machen, um so Anreize für ähnliche Projekte, insbesondere in ländlichen Regionen, zu setzen.

München, den 11.11.2024