



Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsgesetz - GVSG)

Inhalt

1. Vorbemerkungen.....	2
2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	3
2.1. § 87 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	3
2.1.1. Referentenentwurf	3
2.1.2. Stellungnahme.....	3
2.1.2.1. Endbudgetierung der hausärztlichen Honorare	3
2.1.2.2. Jährliche Versorgungspauschale.....	4
2.1.2.3. Vorhaltepauschalen zur Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags	4
2.2. § 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	5
2.2.1. Referentenentwurf	5
2.2.2. Stellungnahme.....	6
2.3. § 217f SGB V – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Änderungsvorschlag zum Referentenentwurf Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch § 53	7
2.3.1. Referentenentwurf	7
2.3.2. Stellungnahme.....	7

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Christine Eberle, Hanna Giesen, Berit Leinwand, Annette Simon,
Elke Simon, Dr. Stephan Terhorst, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost
mit Steuerbescheid vom 27.12.2023, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.

1. Vorbemerkungen

Mit dem Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) beabsichtigt die Bundesregierung, die ambulante Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten¹, der Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen in Deutschland zu verbessern. Dieses Ansinnen begrüßt die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Schließlich hat jeder das Recht auf den Zugang zu einer effizienten medizinischen und pflegerischen Versorgung. Daher muss sich die Reform daran messen lassen, ob sie an den Bedarfen der Patienten, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ausgerichtet ist. Allerdings mangelt es hieran im vorliegenden Referentenentwurf. Zudem bleibt er lückenhaft. In Gänze fehlen immer noch die im Koalitionsvertrag versprochene Stärkung der Rechtsstellung von Patienten bei Behandlungsfehlern und die Einführung eines Härtefallfonds.

Reform der hausärztlichen Vergütung – kleine Praxen im ländlichen Raum in den Blick nehmen

Um die niedergelassenen Allgemeinmediziner zu stärken und dem Hausärztemangel entgegenzuwirken, setzt das Bundesgesundheitsministerium auf Attraktivitätssteigerung durch verbesserte Verdienstmöglichkeiten. Denn eine allgemeinärztliche Tätigkeit „wird angesichts des Verantwortungsumfangs in der hausärztlichen Versorgung im Vergleich mit der Tätigkeit anderer Facharztgruppen als vergleichsweise gering bewertet“². Damit wird auch der Mangel an Hausärzten in Deutschland begründet. Um diese finanzielle Ungleichheit aufzulösen, sollen die Deckelung hausärztlicher Honorare künftig aufgehoben und Versorgungs- sowie Vorhaltepauschalen eingeführt werden. Diesen Schritt erachtet die Deutsche Stiftung Patientenschutz als notwendig, gerade hinsichtlich einer flächendeckenden Versorgung. Zuerst müssen hier die strukturarmen Regionen in den Blick genommen werden. Denn während Ballungszentren überversorgt sind, bluten dünnbesiedelte Gebiete aus. Neben den notwendigen Vergütungsreformen wird es aber auch darauf ankommen, die Bedarfe der kranken Menschen ausreichend zu berücksichtigen und Versorgungsangebote sowie Versorgungsqualität auszubauen und zu stärken. Erst wenn dies geschieht, kann das Gesetzesvorhaben im Sinne der Patienten erfolgreich sein.

Mitspracherechte für Pflegebedürftige und Pflegekräfte stärken

Seit Langem wird darüber diskutiert, wie die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestärkt werden kann. Nun soll es neben dem Mitberatungsrecht eine begrenzte Blockademöglichkeit der Patientenvertreter geben. Doch das ist der falsche Ansatz. Ein temporäres Vetorecht stärkt die Position der Patientenvertreter kaum. Denn eine spätere Beschlussfassung gegen die Meinung der Patientenvertreter ist weiter möglich. Zu echter Mit-

¹ Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige aller Geschlechter.

² Referentenentwurf GVSG S. 2

gestaltung braucht es ein vollwertiges Stimmrecht. Zudem muss die Patientenbeteiligungsverordnung so überarbeitet werden, dass der Kreis der Patientenvertreter tatsächlich auch für weitere Organisationen geöffnet wird.

Mehr Transparenz von Kranken- und Pflegekassen

Bisher sind Kranken- und Pflegekassen kaum miteinander vergleichbar. Daher ist es begrüßenswert, dass der vorliegende Entwurf hier auf die Schaffung von mehr Transparenz zielt. Entscheidend wird aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz jedoch sein, ob und inwieweit die Versicherten wirklich bei der Erstellung eines solchen Verzeichnisses beteiligt werden. Nur die unmittelbar Betroffenen können die angebotene Hilfe der Kranken- oder Pflegekassen etwa bei Anträgen bewerten. Das gilt auch für das Beschwerdemanagement und das Beratungsangebot. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss in seiner Richtlinie daher zwingend festlegen, dass die Versicherten umfassend einbezogen werden. Ansonsten hat das Verzeichnis keinen Nutzen.

2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

2.1. § 87 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

2.1.1. Referentenentwurf

Das Bundesgesundheitsministerium beabsichtigt, die Budgetierung der ärztlichen Honorare für Hausärzte aufzuheben. Damit wird eine versprochene Maßnahme aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt. Zudem sollen finanzielle Anreize über jährliche Versorgungs- und Vorhaltepauschalen zur Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gesetzt werden. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, die Nachbesetzungsprobleme in und bei Hausarztpraxen zu lösen und die flächendeckende Hausarztversorgung sicherzustellen.

2.1.2. Stellungnahme

2.1.2.1. Endbudgetierung der hausärztlichen Honorare

Hausarztpraxen sind vor allem für ältere und chronisch kranke Menschen die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden. Das ist die Folge eines oft über Jahre gewachsenen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Vor diesem Hintergrund begrüßt die Deutsche Stiftung Patientenschutz die Aufwertung der hausärztlichen Tätigkeiten und die Aufhebung der finanziellen Deckelung. Ob diese Maßnahmen zu mehr Versorgungsqualität, geringerer Praxisauslastung und damit freien Behandlungsplätzen führen werden, ist jedoch fraglich. Denn nicht die Qualität wird bezahlt, sondern die Leistung abgerechnet.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, dass die Qualität der Praxen extern kontrolliert wird. Daher ist eine Systemumstellung auf der Grundlage verbindlicher Qualitätsmerkmale unabdingbar. Diese müssen über die bereits bestehenden Regeln der Kassenärztlichen Vereinigungen hinausgehen. Es geht vielmehr darum, den Medizinischen Dienst damit zu beauftragen, neben Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern auch Praxen auf Qualität zu überprüfen. Dabei sind Versorgungsergebnisse und Patientenberichte sowie deren Erfahrungen bzw. Zufriedenheit offenzulegen. Ähnlich dem Klinikatlas braucht es einen Praxisatlas. Flankierend dazu muss ein verlässliches Bewertungsportal die Zufriedenheit der Patienten erfassen. So können sich Patienten umfassend über die Qualität einer Praxis informieren.

Der zu erwartende Abrechnungsdschungel mit Versorgungs- und Vorhaltepauschalen dürfte die Praxen viel Zeit kosten, so dass sich die Zahl der zu behandelnden Patienten kaum erhöhen wird. Schließlich gibt es schon heute Möglichkeiten, Folgerezepte bei Dauermedikation ohne Anwesenheit der Betroffenen auszustellen.

Auch sorgt die Endbudgetierung kurzfristig nicht für die schon heute – vor allem in strukturalarmen Regionen – dringend benötigten zusätzlichen Ärzte. Denn eine bessere Vergütung führt kurzfristig nicht zu mehr Universitätsabschlüssen in der Medizin. Daher dürften die Maßnahmen erst in den kommenden Jahren Wirkung zeigen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass für Ärzte nicht nur finanzielle Anreize ausschlaggebend sind, um sich auf dem Land niederzulassen. Ein wesentlicher Faktor ist hier die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

2.1.2.2. Jährliche Versorgungspauschale

Mit der jährlichen Versorgungspauschale sollen unnötige Arzt-Patienten-Kontakte vermieden und mehr Behandlungskapazitäten geschaffen werden. Vor allem Patienten, die einen Bedarf an kontinuierlichen Arzneimitteln haben, profitieren davon. Sie müssen künftig nicht mehr quartalsweise einbestellt werden. Eine jährliche Registrierung ist dann ausreichend. Im Zusammenspiel mit dem in diesem Jahr eingeführten elektronischen Rezept und dessen Verschreibungsmöglichkeiten erscheint dies eine sinnvolle Maßnahme. Doch gerade für hochbetagte und chronisch kranke Menschen ist der Arztbesuch in vielerlei Hinsicht wichtig. Schließlich leidet diese Patientengruppe an unterschiedlichsten Symptomen. Dass sie öfter im Jahr den ärztlichen Rat bei verschiedenen Medizинern einholen, liegt somit auf der Hand. Das könnte mit dem vorliegenden Referentenentwurf eingeschränkt werden. Denn die Versorgungspauschale soll nur von einem Hausarzt abgerechnet werden können. Patienten könnten dann abgewiesen werden, für die der Arzt aufgrund von Mehrfachbesuchen keine Vergütung erhält. So läuft der Bundesgesundheitsminister Gefahr, diese Patientengruppe zu benachteiligen.

2.1.2.3. Vorhaltepauschalen zur Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags

Der Hausärzte-Rückgang ist offenkundig. Erschwerend hinzukommt, dass immer weniger Ärzte bereit sind, Kranke zu Hause aufzusuchen. Dabei ist der Weg in die Praxis für die oft

mehrfach erkrankten und immobilen Menschen immer mit Strapazen verbunden. Dem soll nun Rechnung getragen werden, indem Allgemeinmediziner angehalten werden, über an einen Leistungskatalog geknüpfte Vorhaltepauschalen, mehr Haus- und Pflegeheimbesuche zu absolvieren. Diese Maßnahme ist grundsätzlich begrüßenswert. Entscheidend ist jedoch, dass Mediziner dafür auch über ausreichend zeitliche Kapazitäten verfügen. Ob sich durch die jährliche Vergütung die Zahl der Haus- und Pflegeheimbesuche wesentlich erhöhen wird, darf bezweifelt werden. Möglicher Mehraufwand, der über die Pauschale hinaus nicht abgegolten wird, stellt hier zumindest keine wirkliche Attraktivitätssteigerung dar.

Die Verknüpfung weiterer Vergütungen an einen Leistungskatalog stellt insbesondere niedergelassene Ärzte auf dem Land vor Herausforderungen. Denn verschiedenste Gründe sorgen dafür, dass der geplante Kriterienkatalog nicht vollständig erfüllt werden kann. Auch wenn abgestufte Formen geplant sind, erfahren diese Praxen keine spürbare Mehrvergütung. Das führt wiederum nicht zu der erhofften finanziellen Besserstellung der jetzt schon wirtschaftlich angeschlagenen Situation einiger ländlich gelegener Arztpraxen. Die Folge wären Praxisschließungen. Laut einer aktuellen Umfrage des Verbands der Kassenärzte³ fürchten sich genau davor 50 Prozent der Menschen in Deutschland. Für sie ist die wohnortnahe Praxisversorgung von großer Bedeutung.

Die geplanten Maßnahmen können die Probleme in der hausärztlichen Versorgung nicht lösen. Auch gilt es, die Versorgungsleistungen in den Hausarztpraxen zu messen. Denn Patienten ist vielmehr damit geholfen, wenn die Qualität gesteigert und vor allem in den ländlichen Regionen ausgebaut wird. Dazu zählt unter anderem eine bessere Erreichbarkeit der Mediziner und die Überprüfung ihrer Präsenzzeiten.

2.2. § 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

2.2.1. Referentenentwurf

Der Gesetzentwurf intendiert, die Patientenvertretung im G-BA zu stärken.

Im Geltungsbereich des SGB V verfügen die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen über ein Beteiligungsrecht. Dieses ist in §140f SGB V im Wesentlichen als Mitberatungsrecht ausgestaltet. Die Vertreter dürfen mit beraten und bei der Beschlussfassung anwesend sein. Für bestimmte Beschlüsse besteht zusätzlich ein Antragsrecht. Die Patientenvertreter im G-BA haben kein Stimmrecht.

Die Patientenvertreter sollen nun das Recht erhalten, eine Beschlussfassung im Beschlussgremium des G-BA einmalig zu verhindern, wodurch eine erneute Auseinandersetzung mit den bestehenden Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung in den Gremien des G-BA erfolgen soll. Die benannten Personen müssen ihr ablehnendes Votum einheitlich abgeben. Ein erneut ablehnendes Votum der Patientenvertretung soll jedoch nur bei einer maßgeblichen Änderung zu einer erneuten Hemmung führen können.

³ https://www.kbv.de/html/2024_69005.php, abgerufen am 23.04.24

2.2.2. Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung verbessert zwar die Rechtsstellung der Patientenvertreter, in dem ihnen ein temporäres „Verhinderungsrecht“ zugestanden wird. Das reicht aber nicht aus: Es gilt nur bei Einigkeit unter den Patientenvertretern und nur temporär⁴, es kann also nach erneuter Beratung überstimmt werden und ist demnach kein „echtes Vetorecht“.

Folglich bedarf es einer echten Stärkung der Rechtstellung der Patientenvertreter. Der G-BA konkretisiert die Leistungsansprüche von etwa 73 Mio. gesetzlich krankenversicherten Menschen in Deutschland⁵. Trotzdem entscheiden die Patientenvertreter bei der Ausgestaltung der Ansprüche und der Qualitätsvorgaben kaum mit. Doch nur durch eine effektive Mitbestimmung der Patientenvertreter finden die Sorgen und Nöte der Patienten eine ausreichende Berücksichtigung in der konkreten Ausgestaltung der Beratungsthemen des G-BA. Darüber hinaus sind die Regelungen zur Anerkennung als maßgebliche Organisation weiterhin restriktiv und unklar. So können nach dem Wortlaut der Patientenbeteiligungsverordnung⁶ de facto nur Vereine anerkannt werden. Schon diese Einschränkung ist nicht sachgerecht. Auch andere gemeinnützige Organisationen wie Stiftungen, die gemäß ihrer Aufgabenstellung der Interessenvertretung der Versicherten dienen, können als Patientenvertreter im G-BA einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz leisten.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher:

Die Beteiligung der Patienten muss perspektivisch zu einem vollständigen Stimmrecht werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Belange der Patienten ausgewogen vertreten sind. Auch ist das temporäre Vetorecht ein hemmendes Instrument, kein konstruktives Element. Laut Koalitionsvertrag sollte aber der Entscheidungsprozess im G-BA beschleunigt werden. Zielführender wäre daher das Stimmrecht. Hierzu gehört auch, dass die Beteiligung der Patienten personell durch eine Aufstockung der Stabstelle Patientenbeteiligung gestärkt wird. Korrespondierend muss die Patientenbeteiligungsverordnung so überarbeitet werden, dass der Kreis der „maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene“ tatsächlich auch für weitere Organisationen geöffnet wird. Dass hier eine dringende Überarbeitung notwendig ist, verdeutlicht die Tatsache, dass der Kreis der ursprünglichen Mitglieder bis heute nicht erweitert wurde.

Die Patientenvertreter benötigen ein Vorschlagsrecht für die unparteiischen Mitglieder des G-BA. Dies wäre ein wirksames Instrument, um den Einfluss auf die Entscheidungen im G-BA zu stärken – auch wenn die Unparteiischen selbstverständlich weiterhin frei in ihrem Mandat sind.

⁴ Referentenentwurf GVSG S. 55

⁵ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp, abgerufen am 23.04.2024

⁶ <https://www.gesetze-im-internet.de/patbeteiligungsv/BJNR275300003.html>, abgerufen am 29.04.2024

2.3. § 217f SGB V – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Änderungsvorschlag zum Referentenentwurf Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch § 53

2.3.1. Referentenentwurf

Der vorliegende Referentenentwurf plant ein Leistungs- und Servicequalitätstransparenzverzeichnis für Kranken- und Pflegekassen. „Hierzu sieht der Gesetzentwurf eine einheitliche und verbindliche Festlegung von zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen im Rahmen einer Richtlinie durch den GKV-Spitzenverband für die Kranken- und Pflegekassen vor.“⁷ Dadurch soll Transparenz für die Versicherten entstehen.

2.3.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die Einführung eines solchen Verzeichnisses. Bisher sind die gemachten Erfahrungen der Versicherten mit ihren Kranken- und Pflegekassen nicht ausreichend transparent. Seitens des GKV-Spitzenverbands gibt es zwar seit Dezember 2022 einen Katalog von Kennzahlen, dieser ist aber für die Kassen nicht verbindlich. Nun sollen endlich bestimmte Vergleichszahlen auch gesetzlich verankert werden. Entscheidend dabei ist die letztendliche Konkretisierung des G-BA durch seine Richtlinie. So muss beispielsweise differenziert werden, wieso Anträge abgelehnt wurden und aus welchem Grund ein Widerspruch erfolgreich war.⁸ Es ist gut, dass nach § 217f Absatz 4 Nummer 6 SGB V „die Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Krankenkasse“⁹ und nach § 53 SGB XI der Pflegekassen abgebildet werden sollen. Entscheidend dabei wird aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz sein, ob und inwieweit die Versicherten hier beteiligt werden. Nur die unmittelbar Betroffenen können die angebotene Hilfe etwa bei Anträgen bewerten. Das trifft auch auf das Beschwerdemanagement und das Beratungsangebot zu. Der G-BA muss in seiner Richtlinie daher zwingend festlegen, dass die Versicherten umfassend miteinbezogen werden. Ansonsten hat das Verzeichnis keinen Nutzen.

⁷ Referentenentwurf GVSG S. 29

⁸ vgl. Referentenentwurf GVSG S. 29

⁹ Referentenentwurf GVSG S. 29