

**Gemeinsame Stellungnahme  
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)  
Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*)  
Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)  
zum Referentenentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)  
neue Fassung vom 08.04.2024**

***DBfK, vdää\* und VdPP hatten bestimmte Aspekte des Arbeitsentwurfs des GVSG, die eine Verbesserung der Primärversorgung zum Ziel hatten, sehr begrüßt. Eine verbesserte Primärversorgung sollten Kommunen als Versorgungsakteure stärken und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen eine eigenständigere Rolle einräumen; Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz sollten als GKV-Leistungen festgelegt und die Bedienung sozialer Bedarfe ermöglicht werden.***

Wir bedauern sehr, dass die Ansätze, die in den Vorentwürfen auf diese Zielsetzung einzahlen, in der neuen Fassung nicht mehr enthalten sind. Ausgerechnet die Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionen und Gesundheitskioske, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen könnten, fehlen in diesem Entwurf. Stattdessen konnte die verfasste Ärzteschaft ihr Interesse durchsetzen und die Entbudgetierung bei den Hausärzt\*innen erreichen. Das ist deshalb bemerkenswert, weil als Grund für die Streichung jener vorsichtig fortschrittlichen Versorgungsansätze Geldmangel angegeben wird. Wir wollen hier noch einmal ausdrücklich plädieren für den Ausbau der Primärversorgung und eine Stärkung der Kommunen:

### **Primärversorgungszentren**

Die große Herausforderung des demografischen Wandels ist die zunehmend älter werdende und chronisch kranke Bevölkerung, die multiprofessionelle Behandlungs- und Unterstützungsbedarfe mit sich bringt und die professionelle Leistungen von Medizin, Pharmazie, Pflege und weiteren Gesundheitsberufen erfordern. Hinzu kommt der schon spürbare Hausärzt\*innenmangel; nicht nur quantitativ ist dieser jetzt schon Realität.

Die vermehrten Bedarfe betreffen auch andere vulnerable Bevölkerungsgruppen, z.B. Personen mit Migrationshintergrund und/oder niedrigem Bildungs- und Einkommensniveau. Um mehr Bedarfs- und Versorgungsgerechtigkeit im Sinne einer umfassenden und an der sozialen Determinierung von Gesundheit orientierten Primärversorgung für alle zu erreichen, sind die bisherigen Strukturen nicht ausreichend geeignet. Notwendig sind wohnortnah stattfindende, zum Teil aufsuchende Gemeinwesenarbeit und Prävention. Dabei müssen Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung integriert werden, um allen Menschen ein gesünderes Leben zu ermöglichen und den Zugang zu Sozial- und Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen zu erleichtern.

Wir sehen *Primärversorgungszentren (PVZ)* als Alternativen zum Modell der kleinen, von Ärzt\*innen geführten und bestimmten Praxen an. PVZ stellen den Einstieg in die interprofessionelle Primärversorgung dar. Dazu gehören haus- und ggf. kinderärztliche Versorgung, pharmazeutische, psychologische und soziale Beratung, aufsuchende Angebote, Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung sowie eine niedrigschwellige Gesundheitsberatung und Community Health Nursing mit eigenständig arbeitenden CHN. Aus der Erkenntnis heraus, dass es wichtig ist, alle Dienste an einem Ort anzubieten, sind interprofessionelle Primärversorgungszentren in vielen Ländern seit Langem fester Bestandteil der Primärversorgung.

Um eine gute interprofessionelle Primärversorgung zu ermöglichen, ist sicherzustellen, dass interprofessionelle Teamarbeit stattfinden kann und finanziert wird. Die an der Primärversorgung beteiligten Berufsgruppen wie Community Health Nurses, Pflegefachpersonen, Apotheker\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Psycholog\*innen, Therapeut\*innen und ggf. weitere Berufsgruppen müssen in Zukunft eigenständig tätig werden können. In diesem Zusammenhang sind eine rasche Umsetzung der geplanten gesetzlichen Regelung zur Heilkundenausübung durch Pflegefachpersonen und eine ernsthafte Diskussion über den so genannten Arztvorbehalt notwendig. Um einer guten Versorgung der Patient\*innen willen sollten die in den Primärversorgungszentren angestellten Professionen hierarchiefrei auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten können. Insbesondere sollte die Struktur ermöglichen, die Zentrierung auf Ärzt\*innen in der Gesundheitsversorgung abzubauen. Sinnvoll könnten z.B. kooperative Leitungen von PVZ durch Angehörige mindestens zweier unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen sein.

Damit die Zusammenarbeit nicht durch weitere Hürden wie unterschiedliche Abrechnungs- und Dokumentationssysteme erschwert wird, ist eine einheitliche Trägerschaft der oben genannten, bisher getrennt arbeitenden Professionen notwendig, die eine echte Versorgung „aus einer Hand“ ermöglicht. Diese muss sich auch in der Finanzierung widerspiegeln. Es braucht neue innovative Vergütungsmodelle, die die interprofessionelle Leistungserbringung ermöglichen und nach gleichen Prinzipien organisiert sind. Da die PVZ als non-profit Einheiten gedacht sind, wäre Selbstkostendeckung eine sinnvolle Forderung. Um medizinische Versorgungsentscheidungen von Geldflüssen möglichst zu trennen, sollten die im PVZ-Angestellten durch Gehälter vergütet werden.

Primärversorgungszentren sollten zudem auch Public-Health-Maßnahmen zur Berücksichtigung sozialer Determinierung von Gesundheit durchführen; diese gehen über Verhaltens- und Individualprävention hinaus. Ein gutes Beispiel dafür sind die kanadischen Community Health Center. Hier werden Programme zur Förderung sozialer Inklusion, zur Verringerung von Diskriminierung und zur Verbesserung der Lebensbedingungen in benachteiligten Stadtteilen durchgeführt.

Vorrangig sind PVZ zunächst in strukturschwachen, sozial benachteiligten Gebieten oder in Gebieten mit bestehender oder drohender ärztlicher Unterversorgung zu errichten. Perspektivisch ist eine interprofessionelle Primärversorgung in PVZ flächendeckend in ganz Deutschland zu errichten. Innerhalb des vorgegebenen Rahmens müssen regionale Bedarfe und vor Ort bestehende Spezifika berücksichtigt werden. Dafür ist eine ausreichend ausgestattete regionale und überregionale Gesundheitsberichterstattung notwendig. Welche Daten hier einzubeziehen sind, muss ebenso wie Anforderungen an eine regionale Sozialraum- und Bedarfsanalyse bundesweit in Kooperation mit den Ländern und Kommunen festgelegt werden.

### **Gesundheitskioske**

So lange bis umfassende Primärversorgungszentren etabliert werden, sollten zumindest Gesundheitskioske in engem Zusammenschluss mit anderen Primärversorgungsstrukturen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst aufgebaut werden. Eine solche Zusammenarbeit müsste sicherstellen, dass nicht lediglich Beratung und Koordination, sondern auch eine Verbesserung der Versorgung erfolgt. Das ist insbesondere in unterversorgten Stadtteilen und Regionen notwendig. Wir haben deshalb eine Verpflichtung der GKV zur Einrichtung von Gesundheitskiosken auf Initiative der Kommunen begrüßt und bedauern sehr, dass dies nun wieder gestrichen wurde. Es müssten Kriterien festgelegt werden, in welchen Regionen ein Bedarf für einen Gesundheitskiosk besteht, anstatt sie pauschal auf „sozial benachteiligte Regionen“ zu beschränken. Die Finanzierung sollte gemeinsam durch Kommunen und GKV, ggf. darüber hinaus weiterer 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 z.B. durch Community Health Nurses machen, um auch Personen zu erreichen, für die Kioske eine noch zu hohe Schwelle darstellen. Auch deshalb unterstützen wir eine eigenständige pflegerische Leistungserbringung im Rahmen des SGB V.

### **Gesundheitsregionen**

Wir wollen an der Idee der Einführung von Gesundheitsregionen festhalten. Sie bringen sicher eine stärkere und bessere Steuerung und Koordinierung von Primärversorgungsstrukturen mit sich, als es die Kassenärztlichen Vereinigungen jemals geschafft haben. Die Verantwortung hierfür sehen wir bei den Kommunen. Dabei besteht aber 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. Für dieses Problem braucht es Lösungen und Umverteilung von Geldern. Gesundheitsregionen sollten kommunal gesteuert werden. Eine Auslagerung der Leitung an gewinnorientierte Unternehmen ist abzulehnen, weil dann wirtschaftliche Aspekte und nicht das Wohl der Patient\*innen im Vordergrund stehen.

Eine gute Versorgung von Patient\*innen wird in Zukunft nur durch interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe erreicht werden; das ist seit Langem weitgehend Konsens unter den Vertreter\*innen der Patientensicherheit und der an Public Health-Zielen orientierten Primärversorgung. Mit der Rücknahme der fortschrittlichen Elemente im Referentenentwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (sic!) wird die Chance verpasst, das Gesundheitssystem stärker auf Gesundheit und Gesunderhaltung auszurichten, was angesichts unserer demografischen Entwicklung dringend geboten wäre. Wenn wir vor diesem demografischen Hintergrund die Gesundheitsversorgung sichern wollen, müssen wir alles daransetzen, Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen und Pflegebedarfe zu verhindern oder zu verzögern.

Beim aktuellen Referentenentwurf eines GVSG haben sich stattdessen die Hausärzt\*innen nicht nur bei der Entbudgetierung durchgesetzt, sondern auch mit ihren konservativen Strukturvorstellungen, wie sie sich in dem im November 2023 vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband vorgestellten Konzept *HÄPPI* abzeichnen: Dieses setzt auf „*Teamarbeit künftig unter hausärztlicher Leitung und mit Hilfe digitaler Tools... Bestehende Hausärztliche Praxen können demnach ein HÄPPI werden, wenn ein ärztlicher Direktor und eine Person aus einem nicht-ärztlichen akademisierten Gesundheitsberuf in einer inhabergeführten Praxis tätig werden.*“ Es wird zwar in diesem Papier ausdrücklich die Notwendigkeit des interprofessionellen Arbeitens erkannt, jedoch halten der HÄV und der jetzt vorliegende Referentenentwurf an der alten Struktur der eigentümergeführten, Arztzentrierten Praxis fest und verbleiben damit letztlich im monoprofessionellen Versorgungsansatz.

Dies kritisierte die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Claudia Moll, in einer Erklärung vom 08.10.2023: „*Unser historisch gewachsenes, stark ärztezentriertes Gesundheitssystem ist nicht mehr zeitgemäß und muss sich wandeln. (...) Die Gesundheitsfachberufe sollten viel eigenständiger und unabhängiger arbeiten! (...) Warum können Pflegefachkräfte nicht selbstständig impfen, Wunden versorgen oder Verbandsmaterialien und bestimmte Medikamente verordnen?*“

Auch der Wissenschaftsrat, das wissenschaftliche Beratungsgremium der Bundesregierung, betont in seiner im Oktober 2023 vorgelegten Stellungnahme *Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe*: Wir brauchen „*attraktive Gesundheitsfachberufe mit einer größeren Autonomie und Entscheidungskompetenz (...). Beispiele aus*

*europäischen Nachbarländern, wo selbständige Diagnostik und Therapie sowie Bewertung von Polypharmazie schon gelebte Praxis ist, haben Vorbildfunktion.“*

Und schließlich hat sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) in seinem neuesten Gutachten 2024 ebenfalls in dieser Hinsicht geäußert und erinnert gleichzeitig an seine Empfehlung von vor zehn Jahren (!), Primärversorgungszentren einzuführen: „Die notwendigen großen und teilweise langwierigen Umbauprozesse im Pflegeberuf und in der pflegerischen Versorgung sollten an einer Zielvision für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ausgerichtet werden. Dafür bedarf es eines berufsgruppenübergreifenden Versorgungsverständnisses, das Medizin und Pflege in kooperativer Zusammenarbeit betrachtet. Auf dieser Grundlage sollte ein stimmiges Gesamtkonzept der Aufgaben- und Verantwortungsverteilung sowie der Kooperationsformen zwischen den Professionen implementiert werden. Zum Beispiel sind in der Primärversorgung multiprofessionelle Versorgungsteams erforderlich, die aus Ärzt\*innen, Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsprofessionen wie Physiotherapeut\*innen bestehen (SVR 2014, siehe auch Vorschlag zu Primärversorgungszentren in Kapitel 6).“

***Wir würden es begrüßen, wenn der Minister auf die Expert\*innen, den Wissenschaftsrat und den SVR hören und klaren Kurs halten würde, jetzt die richtigen Weichen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung zu stellen.***

**Kontakt:**

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V.**

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

[dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de) Tel. 030/219157-0

**Verein Demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*)**

Kantstr. 10

63477 Maintal

[info@vdaae.de](mailto:info@vdaae.de) Tel. 06181/432348

**Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) e. V.**

Goldbekufer 36

22303 Hamburg

[info@vdpp.de](mailto:info@vdpp.de) Tel. 040/65054833

Berlin, 5. Mai 2024