

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

A. Problem und Ziel

Nicht überall in Deutschland haben Menschen die gleichen Chancen, ihre Ansprüche auf Beratung, auf Vermittlung von Angeboten der Prävention und der medizinischen Versorgung sowie auf unbürokratische Hilfe bei der Klärung sozialversicherungsrechtlicher Fragestellungen zu verwirklichen. Insbesondere in sozial oder strukturell benachteiligten Regionen können Defizite und besonderer Unterstützungsbedarf bestehen. Daher zielt der Gesetzentwurf darauf ab, die Gesundheitsversorgung vor Ort in den Kommunen zu stärken und dabei gleichzeitig die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Insgesamt erhalten die Kommunen mehr Möglichkeiten, auf die vor Ort bestehenden Bedarfe im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zu reagieren.

Mit Hilfe von niedrighschwelligem Beratungsangeboten für Prävention und Behandlung, sogenannten Gesundheitskiosken, sollen in besonders benachteiligten Regionen und Stadtteilen Aufsuchenden unabhängig vom Versichertenstatus allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen angeboten werden, etwa zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Präventionsangeboten. Auch wird es Ziel sein, die Ratsuchenden bei der Vermittlung von Terminen oder konkreten Leistungsangeboten zu unterstützen.

Zur Stärkung einer regional vernetzten, kooperativen Gesundheitsversorgung eröffnen wir neue Möglichkeiten für Kommunen und Krankenkassen, Gesundheitsregionen zu bilden. Darüber soll es gelingen, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden oder den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern.

Mit dem Ziel, den Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu begegnen und den besonderen Bedürfnissen älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, sollen Primärversorgungszentren etabliert werden. Sie sollen als attraktive Beschäftigungsmöglichkeit für Hausärztinnen und Hausärzte auch die Bereitschaft zur Niederlassung in diesen Regionen steigern.

Eine noch besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Interessen der an der Versorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen ist das Ziel der Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Wie von der Regierungskoalition vereinbart, werden die Interessenvertretung der Pflege sowie die Patientenvertretung gestärkt, Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und die Mitsprachemöglichkeiten der Vertretungen der Hebammen, wissenschaftlicher Fachgesellschaften und weiterer Betroffener ausgebaut.

Mit dem Ziel, die Kommunen besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen, wird die Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ) erleichtert. Auch hiermit wird eine im Koalitionsvertrag enthaltene Vereinbarung umgesetzt.

Darüber hinaus hat die Regierungskoalition vereinbart, die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten der zuständigen Landesbehörden hinsichtlich der Entscheidungen der Zulassungsausschüsse zu erweitern. Den Ländern soll ermöglicht werden, ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zur Geltung zu bringen und damit die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten.

Eine möglichst zeitnahe Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die unter schweren Krankheiten leiden oder von Behinderung betroffen sind, mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln ist zur bestmöglichen Unterstützung der kognitiven und motorischen Entwicklung der Betroffenen, zur Sicherung ihrer Teilhabe sowie zur Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen unerlässlich. Ziel ist es, die entsprechenden Bewilligungsverfahren für Hilfsmittelversorgungen zu beschleunigen.

Zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz sind gesetzlich Versicherte oftmals auf eine fachkundige, bedarfsorientierte und schnelle Unterstützung sowie Beratung ihrer Kranken- und Pflegekasse angewiesen. Bislang fehlt es an einem übersichtlichen und vergleichenden Angebot, damit sich Versicherte niedrigschwellig über die Arbeit von Kranken- und Pflegekassen informieren können. Ziel des Gesetzentwurfs ist es daher auch, die Transparenz über die Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen sowie über das Leistungsgeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung zu erhöhen.

B. Lösung

In besonders benachteiligten Regionen und Stadtteilen können niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention etabliert werden. Diese sogenannten Gesundheitskioske werden im Zusammenwirken von Kommunen und gesetzlicher Krankenversicherung unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung errichtet. Dabei wird das Initiativrecht bei den Kommunen liegen. Die Gesundheitskioske können neu errichtet, aber auch in bereits bestehenden Räumlichkeiten, beispielsweise der Kommune, etabliert werden. Um insbesondere die Besonderheiten vor Ort besser berücksichtigen zu können, ist für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kommune bei der Errichtung der Kioske ein Gestaltungsspielraum gegeben. So können die Kioske zum Beispiel als mobile Leistungsorte, etwa in Bussen, betrieben werden. Dabei werden die Kioske in die bereits vor Ort bestehenden Strukturen eingebettet, etwa über eine enge Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

Über die Einzelheiten zur Errichtung eines Gesundheitskiosks schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit dem Kreis oder einer kreisfreien Stadt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. einen Vertrag.

Insgesamt wird es mithilfe der Kioske gelingen, die individuelle Gesundheitskompetenz insbesondere von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf zu erhöhen und die organisationale Gesundheitskompetenz in der medizinischen Versorgung zu stärken.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einer oder mehreren Kommunen auf deren Antrag einen Gesundheitsregionenvertrag schließen. Über solche Verträge können regionale Aspekte stärker betont und Kommunen aufgrund ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge besser eingebunden werden. Ein Gesundheitsregionenvertrag stellt eine alternative Organisation der Regelversorgung ohne Einschreibepflicht der Versicherten und mit Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl dar. Beim Aufbau einer Gesundheitsregion sollen die gewachsenen Strukturen berücksichtigt und, wenn möglich, alle in der Region in der Gesundheitsversorgung Tätigen mit einbezogen werden.

Im neuen § 73a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird die Rechtsgrundlage für die Errichtung von Primärversorgungszentren geschaffen. Sie bieten neben der regulären hausärztlichen Versorgung ein besonderes hausärztliches Versorgungsangebot, das insbesondere den besonderen medizinischen Bedürfnissen älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten entspricht. Primärversorgungszentren kooperieren hierfür einerseits mit einem in erreichbarer Nähe liegenden Gesundheitskiosk oder der jeweiligen Kommune und andererseits mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten sowie weiteren nicht-ärztlichen Leistungserbringern.

Im G-BA wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei weiteren Aufgabenbereichen des G-BA, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen, eingeräumt. Zudem wird ein Einvernehmensefordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss bestehen. Darüber hinaus wird die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zur Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte finanziell unterstützt.

Damit die Belange der Patientinnen und Patienten noch besser berücksichtigt werden, erhält die Patientenvertretung das Recht, eine Beschlussfassung im Plenum einmalig zu verhindern, wodurch eine erneute Auseinandersetzung mit den bestehenden Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung in den Gremien des G-BA erfolgen soll.

Zur Beschleunigung der Verfahren im G-BA wird die Verpflichtung des G-BA zur jährlichen Berichterstattung an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages modifiziert und es werden weitere Fristvorgaben eingeführt.

Die Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie weiterer Fachorganisationen werden auf weitere Arbeitsbereiche des G-BA ausgedehnt. Die bisherigen Stellungnahmerechte der Vertretungen der Hebammen werden erweitert und zu Mitberatungsrechten ausgebaut.

Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH sieht der Gesetzentwurf die Möglichkeit vor, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs abhängt.

Zudem wird das Mitberatungsrecht der zuständigen Landesbehörden in Verfahren der Zulassungsausschüsse mit besonderer Versorgungsrelevanz um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt.

Zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren von Hilfsmittelversorgungen von Kindern und Jugendlichen wird das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt, die von Kindern und Jugendlichen beantragt werden, die regelmäßig in einem SPZ in sozialpädiatrischer Behandlung sind, sofern der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin des SPZ die beantragte Versorgung empfiehlt. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen.

Zur Verbesserung der Transparenz für gesetzlich Krankenversicherte werden die Krankenkassen verpflichtet, künftig jährlich einheitliche Kennzahlen und Informationen zu ihrer Service- und Leistungsqualität zu erheben. Diese Kennzahlen und Informationen sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen einheitlich und verbindlich in einer Richtlinie festzulegen und jährlich auf einer digitalen Plattform zu veröffentlichen. Somit wird die Vergleichbarkeit zwischen den Krankenkassen GKV-weit gewährleistet und der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen gestärkt. Durch eine Veröffentlichung auf einer digi-

talen und interaktiven Vergleichsplattform wird zudem ein übersichtliches und niedrigschwelliges Informationsangebot für gesetzlich Krankenversicherte geschaffen und somit auch die Gesundheitskompetenz der Versicherten erhöht. Die gesetzlichen Vorgaben gelten ebenso für die Pflegekassen, denen darüber hinaus zusätzliche Mindestkriterien für zu berichtende Kennzahlen vorgegeben werden.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Kommunen

Bund und Ländern entstehen durch die vorgesehenen Regelungen keine Kosten.

Die für den Betrieb der Gesundheitskioske und die dort erbrachten Leistungen erforderlichen Aufwendungen sind von den Kommunen zu 20 Prozent anteilig zu tragen. Pro Jahr fallen rund 400.000 Euro für den Betrieb eines Gesundheitskiosks an. Diese setzen sich aus rund 80 Prozent für Personalausgaben und rund 20 Prozent für Sachausgaben zusammen. Demnach entstehen für die Kreise und kreisfreien Städte pro Gesundheitskiosk rund 80.000 Euro jährlich. Die Gesamtkosten für die Kommunen sind von der Anzahl der Kioske abhängig.

Durch die Übernahme von Aufgaben, die der Prävention und Gesundheitsförderung dienen, können sich etwa für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) Entlastungen ergeben, die mittel- und langfristig zu Minderausgaben für die Kommunen führen.

Die Kommunen tragen 50 Prozent der Investitions- und Betriebskosten, die für die Organisation bzw. das Management einer Gesundheitsregion anfallen. Insgesamt ist hier von einem Betrag von rund 150.000 Euro auszugehen. Pro Jahr fallen demnach rund 75.000 Euro für die Kommune bzw. die Kommunen an. Die Gesamtsumme setzt sich aus rund 80 Prozent für Personalausgaben und rund 20 Prozent für Sachausgaben zusammen.

Durch die vorgesehene Kooperation von Kommunen mit Primärversorgungszentren (sofern örtlich kein Gesundheitskiosk besteht) können den Kommunen zusätzliche Kosten entstehen. Diese sind derzeit nicht bezifferbar, da nicht absehbar ist, wie viele Primärversorgungszentren errichtet werden und wie die individuell zu vereinbarenden Kooperationen ausgestaltet werden.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Der von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu tragende Anteil beträgt 74,5 Prozent von jährlich insgesamt rund 400.000 Euro pro Gesundheitskiosk. Für einen Gesundheitskiosk fallen jährlich entsprechend Kosten von rund 300.000 Euro für die gesetzliche Krankenversicherung an. Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden dabei von den Landesverbänden der Krankenkassen und von den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer eigenen Versicherten gemessen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben. Die Gesamtkosten für die gesetzliche Krankenversicherung sind von der Anzahl der Kioske abhängig.

Über die Leistungen der Gesundheitskioske in den Bereichen Gesundheitsförderung sowie Prävention und die Beratungsleistungen ergeben sich für die gesetzlichen Krankenversicherungen mittel- und langfristig Minderausgaben.

Der von der GKV zu tragende Anteil der Investitions- und Betriebskosten, der für die Organisation bzw. das Management einer Gesundheitsregion vorgesehen ist, beträgt 50 Prozent. Pro Jahr fallen demnach rund 75.000 Euro für die GKV an. Die Gesamtsumme setzt sich aus rund 80 Prozent für Personalausgaben und rund 20 Prozent für Sachausgaben zusammen.

Die Bildung einer Gesundheitsregion zielt unter anderem darauf ab, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden oder den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern. Dadurch können etwa Krankheiten und Folgeerkrankungen vermieden und die Prävention gestärkt werden. Das wird mittel- und langfristig zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führen.

Durch die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen, die in den Primärversorgungszentren erbracht werden, können der GKV Mehrausgaben entstehen. Diese Mehrausgaben lassen sich derzeit nicht beziffern, da die Anpassung der Vergütung maßgeblich davon abhängig ist, welche Einzelheiten und Anforderungen für die besondere hausärztliche Versorgung durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbart werden und wie viele Primärversorgungszentren gegründet werden.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks führt bei dem Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk, der im unteren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Dabei wird von einem geschätzten Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 320 Stunden, die auf drei Personen mit einem mittleren Qualifikationsniveau und eine Person mit einem hohen Qualifikationsniveau aufgeteilt werden könnten, ausgegangen. Dabei ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

1. Bund, Länder und Kommunen

Für den Bund (Bundesministerium für Gesundheit) entsteht durch die aufsichtsrechtliche Prüfung der Beschlüsse zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes sowie durch die Festlegung von Vorgaben für die Evaluation durch den Bewertungsausschuss nach § 73a Absatz 6 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 1.000 Euro.

Für die Länder entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks führt bei der Verwaltung der Kommune abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk, der im unteren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Dabei wird von einem geschätzten Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 576 Stunden, die auf drei Personen im gehobenen Dienst und eine Person im höheren Dienst aufgeteilt werden könnten, ausgegangen. Es ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt. Der Erfüllungsaufwand fällt nur an, wenn die entsprechende Kommune von ihrem Initiativrecht zur Einrichtung eines Gesundheitskiosks Gebrauch macht.

Der Abschluss eines Gesundheitsregionenvertrages führt bei der Verwaltung der Kommune abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand, der im unteren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Dabei wird von einem geschätzten Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 448 Stunden, die auf drei Personen im gehobenen Dienst und eine Person im höheren Dienst aufgeteilt werden könnten, ausgegangen.

Der vorgesehene Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen Primärversorgungszentren und Kommunen (sofern örtlich kein Gesundheitskiosk besteht), führt bei der Verwaltung der betroffenen Kommunen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Primärversorgungszentrum, der voraussichtlich jeweils im unteren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Wie viele Primärversorgungszentren errichtet werden, ist derzeit noch nicht absehbar.

2. Gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung

Durch die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks entsteht bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen insgesamt ein einmaliger Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk, der im mittleren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Dabei wird von einem geschätzten Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 1152 Stunden, die auf sechs Personen im gehobenen Dienst und zwei Person im höheren Dienst aufgeteilt werden könnten, ausgegangen. Es ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt.

Der Abschluss eines Gesundheitsregionenvertrages führt bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand, der im unteren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Dabei wird von einem geschätzten Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 672 Stunden, die auf fünf Personen im gehobenen Dienst und eine Person im höheren Dienst aufgeteilt werden könnten, ausgegangen.

Durch die vorgesehene Vertragsschließung der Bundesmantelvertragspartner zur näheren Ausgestaltung der Primärversorgungszentren sowie für die auf dieser Grundlage vorzunehmende Überprüfung und Anpassung des EBM im Bewertungsausschuss entsteht bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 10.000 Euro, der sich aus 150 Arbeitsstunden bei einem durchschnittlichen Stundensatz von 66,20 Euro zusammensetzt.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird von seinen Mitgliedern, den Krankenkassen, finanziert. Er nimmt zudem die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr (§ 53 Satz 1 SGB XI). Der Erfüllungsaufwand für die Erstellung einer Richtlinie nach § 217f Absatz 4 SGB V geht nicht über den Erfüllungsaufwand hinaus, der bereits für die Umsetzung des bisherigen § 217f Absatz 4 SGB V anzunehmen war; gleiches gilt gemäß § 53 Satz 2 SGB XI für den Bereich der Pflegeversicherung. So hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusammen mit seinen Mitgliedern bereits in den Jahren 2021 und

2022 relevante Vorarbeiten für die nun vorzulegende Richtlinie nach § 217f Absatz 4 Satz 4 SGB V geleistet.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand im Umfang einer halben Stelle im gehobenen Dienst für das regelmäßige Fortschreiben der Richtlinie nach § 217f Absatz 4 Satz 4 SGB V, für die Verarbeitung und Auswertung der von den Kranken- und Pflegekassen übermittelten Daten zur Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen und zum Leistungsgeschehen in der GKV und in der sozialen Pflegeversicherung sowie für das Einpflegen der Daten auf der digitalen Plattform. Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ein Gehalt von 43,40 Euro pro Stunde, für eine Vollzeitkraft eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Jahresarbeitszeit von 200 Tagen zugrunde, entspricht dies einer jährlichen Aufwendung für eine 0,5 Vollzeitkraft von rund 35.000 Euro. Sobald das Verfahren etabliert ist, ist von einem deutlich geringeren jährlichen Erfüllungsaufwand auszugehen.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht für die Errichtung der digitalen und interaktiven Plattform mit Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Umfang von einer befristeten Vollzeitstelle im höheren Dienst für die Dauer von einem halben Jahr, insbesondere für die Konzeption, Programmierung und IT-seitige Umsetzung. Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ein Gehalt von 65,40 Euro pro Stunde, eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Halbjahresarbeitszeit von 100 Tagen zugrunde, entspricht dies einmalig rund 50.000 Euro. Für den fortlaufenden Betrieb der Plattform entsteht dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zudem ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand pro Jahr.

Für die Erstellung einer einheitlichen Schnittstelle zur Bereitstellung und Übermittlung der Kennzahlen entsteht dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand in einem niedrigen zweistelligen Tausend-Euro Bereich.

Den einzelnen Kranken- und Pflegekassen entsteht ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Aufwand für die einheitliche Erhebung der Kennzahlen, soweit diese nicht bereits für die GKV-Statistik oder die Pflegestatistik, für kassenindividuelle Transparenzberichte oder für sonstige laufende Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen erhoben werden, sowie für die Datenübermittlung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Nutzung der einheitlichen Schnittstelle.

Für die gesetzlich vorgeschriebene externe Evaluation der Richtlinie und deren Umsetzung entsteht dem GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand, dessen Höhe abhängt vom Umfang und Ausgang des Vergabeverfahrens und damit nicht quantifiziert werden kann.

3. Sonstige

Den Kassenärztlichen Vereinigungen ist bei den Verträgen zur Errichtung eines Gesundheitskiosks Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dadurch entsteht diesen je Vertrag ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand.

Durch die vorgesehene Vertragsschließung der Bundesmantelvertragspartner zur näheren Ausgestaltung der Primärversorgungszentren sowie für die auf dieser Grundlage vorzunehmende Überprüfung und Anpassung des EBM im Bewertungsausschuss entsteht bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 10.000 Euro, der sich aus 150 Arbeitsstunden bei einem durchschnittlichen Stundensatz von 66,20 Euro zusammensetzt.

Beim Bewertungsausschuss werden alle drei Jahre rund 200 Arbeitsstunden notwendig, um der Berichtspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 73a Absatz 6 Satz 2 SGB V nachzukommen, was bei einem Stundensatz von 66,20 Euro einem Erfüllungsaufwand von rund 13.000 Euro entspricht.

Im Zusammenhang mit der Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der Sicherheitsleistungen für die Zulassung medizinischer Versorgungszentren in der Rechtsform der GmbH ist bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung jeweils vom einem einmaligen Zeitaufwand im Umfang von wenigen Personentagen auszugehen, mit dem ein finanzieller Aufwand von rund 5.000 Euro je Vertragspartei und damit rund 10.000 Euro nicht wesentlich überschritten wird. Gleiches gilt für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, bei dem vorstehender Erfüllungsaufwand zweimal anfällt. Insgesamt ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 20.000 Euro.

Für die finanzielle Unterstützung der Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe entsteht für den G-BA ein Erfüllungsaufwand in Höhe der zu leistenden Ausgaben für Reisekosten, Verdienstausfall oder Aufwandsentschädigung, der im unteren sechsstelligen Bereich liegen kann.

F. Weitere Kosten

Die Gesundheitskioske stehen allen Bewohnerinnen und Bewohnern der teilnehmenden Kommunen unabhängig vom Versichertenstatus zur Verfügung. Entsprechend übernehmen die privaten Krankenversicherungsunternehmen 5,5 Prozent der Aufwendungen für die Errichtung und den Betrieb von Gesundheitskiosken. Das entspricht einer jährlichen Beteiligung von rund 22.000 Euro pro Gesundheitskiosk. Die Aufwendungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. durch eine Umlage auf Bundesebene entsprechend dem Anteil der jeweiligen Versicherten erhoben. Die Gesamtkosten für die privaten Versicherungsunternehmen sind von der Anzahl der Kioske abhängig.

Über die Leistungen der Gesundheitskioske können sich für die privaten Versicherungsunternehmen mittel- und langfristig Minderausgaben ergeben.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 6. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 146) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 33 Absatz 5b Satz 2 SGB V werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Erforderlichkeit des beantragten Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Antragsteller in regelmäßiger sozialpädiatrischer Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum im Sinne des § 119 befindet und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der sozialpädiatrischen Behandlung konkret empfohlen worden ist. Die ärztliche Empfehlung darf bei Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein.“

2. In § 63 Absatz 3c Satz 4 werden die Wörter „sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe“ gestrichen.
3. Nach § 65f wird folgender § 65g eingefügt:

„§ 65g

Niedrigschwellige Beratungsangebote von Krankenkassen und Kommunen über medizinische Behandlung und Prävention in Bedarfsregionen (Gesundheitskiosk)

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit dem Kreis oder der kreisfreien Stadt auf deren Verlangen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. einen Vertrag über die Errichtung einer oder mehrerer Einrichtungen in sozial benachteiligten Regionen, die insbesondere über medizinische Behandlungsmöglichkeiten, Prävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) und Gesundheitsförderung sowie soziale Versorgungsangebote beraten (Gesundheitskiosk). Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich an den Beratungsangeboten nach Satz 1; der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. regelt das Weitere nach den Absätzen 2 bis 5 mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen. Weitere Leistungsträger

nach § 12 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch können sich beteiligen. Die Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie der privaten Krankenversicherungsunternehmen nach den Sätzen 1 und 2 besteht nur, sofern sich der Kreis oder die kreisfreie Stadt nach Satz 1 beteiligen und eine enge Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst gewährleistet ist. Die weiteren Einzelheiten ergeben sich aus den Absätzen 2 bis 5.

(2) Aufgaben der Gesundheitskioske können insbesondere sein:

1. die allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen, präventiven und sozialen Bedarfsermittlung,
2. die Beratung zu sowie die Empfehlung und Vermittlung von Leistungen zur Prävention (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) und Gesundheitsförderung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme, § 20 Absatz 5 Satz 2 gilt entsprechend,
3. die Beratung zu und die Vermittlung von Leistungen zur medizinischen Behandlung einschließlich ambulanter telemedizinischer Leistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme,
4. die Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme einschließlich der Anleitung zur Inanspruchnahme ambulanter telemedizinischer Leistungen,
5. die Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten,
6. Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz dauerhaft zu verbessern,
7. die Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes,
8. die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben im Rahmen ärztlicher Delegation.

Die Leitung des Gesundheitskioskes übernimmt eine Pflegefachkraft. Soweit im Einzelfall Beratungsbedarf zur Pflege besteht, ist auf die Pflegestützpunkte und die Beratungsangebote der Pflegekassen hinzuweisen. Das Angebot steht allen Einwohnern unabhängig von ihrem Versichertenstatus zur Verfügung und muss bei Bedarf auch mehrsprachig angeboten werden.

(3) Die Einzelheiten zur Errichtung, Organisation und Aufgabenerfüllung der Gesundheitskioske sowie zum Einsatz der Finanzmittel sind in den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 zu regeln. Den Kassenärztlichen Vereinigungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die für den Betrieb der Einrichtung und die erbrachten Leistungen erforderlichen Aufwendungen werden von den Beteiligten nach Absatz 1 anteilig getragen. Dabei soll die Finanzierung anteilig wie folgt getragen werden:

1. zu 74,5 Prozent von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Absatz 1 Satz 1,
2. zu 20 Prozent von den Kreisen und kreisfreien Städten nach Absatz 1 Satz 1 und
3. zu 5,5 Prozent von den privaten Krankenversicherungsunternehmen nach Absatz 1 Satz 2.

Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und von den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem

Anteil ihrer eigenen Versicherten gemessen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben. Die Aufwendungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. durch eine Umlage auf Bundesebene entsprechend dem Anteil der jeweiligen Versicherten erhoben. Bei einer Beteiligung weiterer Sozialleistungsträger erhöht sich das Finanzierungsvolumen um den Beitrag ihrer Beteiligung, um daraus resultierende Mehraufwände und Aufgaben zu finanzieren. Im Falle der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der Behörde nach § 90 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch festgelegt.

(4) Die Beteiligten nach Absatz 1 haben eine wissenschaftliche Auswertung und Begleitung durch einen zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu veranlassen. Im Rahmen der Evaluation sind insbesondere die mit den niedrigschwelligen Beratungsangeboten verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz, die Auswirkungen auf die Ergebnisqualität unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengleichheit, Nutzungsverhalten und -intensität, Zufriedenheit, Auswirkungen auf die Versorgungserbringung sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu untersuchen. Über das Ergebnis der Evaluation berichten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dem Bundesministerium für Gesundheit schriftlich alle drei Jahre, erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung.“

4. Nach § 73 wird folgender § 73a eingefügt:

„§ 73a

Primärversorgungszentren

(1) In Primärversorgungszentren wird Versicherten neben der regulären hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 ein besonderes hausärztliches Versorgungsangebot zur Verfügung gestellt, das durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist.

(2) Ein Primärversorgungszentrum kann von einem zugelassenen Arzt, einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft oder einem medizinischen Versorgungszentrum mit jeweils mindestens drei vollen hausärztlichen Versorgungsaufträgen errichtet werden. Primärversorgungszentren können in Gebieten errichtet werden, für die im hausärztlichen Bereich nach § 100 Absatz 1 eine eingetretene oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde.

(3) Primärversorgungszentren müssen folgende Anforderungen erfüllen:

1. Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit einem Gesundheitskiosk nach § 65g, sofern es im jeweiligen Landkreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt einen solchen gibt, oder
2. Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit der jeweiligen Kommune, sofern es keinen Gesundheitskiosk gibt, und
3. Gewährleistung von Kooperationen mit an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten oder Einrichtungen und mit nichtärztlichen Leistungserbringern und

4. Einhaltung der personellen und sonstigen in der Vereinbarung nach Absatz 5 geregelten Anforderungen.

(4) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung hat auf Antrag des zugelassenen Arztes, der Berufsausübungsgemeinschaft oder des medizinischen Versorgungszentrums die Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 3 und damit die Anerkennung als Primärversorgungszentrum festzustellen.

(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Einzelheiten und Voraussetzungen für die besondere hausärztliche Versorgung in Primärversorgungszentren. Im Bundesmantelvertrag ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren zu:

1. Inhalten und Zielen der besonderen Versorgung in den Primärversorgungszentren,
2. Anforderungen an die personelle und sächliche Mindestausstattung eines Primärversorgungszentrums,
3. Anforderung an die Qualifikation der im Primärversorgungszentrum tätigen Personen,
4. Anforderungen an die Kooperationen nach Absatz 3 Nummer 3 einschließlich der Kooperation im Rahmen ambulanter telemedizinischer Leistungen und
5. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.

(6) Auf der Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 5 hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen insbesondere im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 5 Satz 1 anzupassen. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre beginnend zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 30. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] über die Entwicklung der abgerechneten nichtärztlichen Leistungen sowie über die Versorgungsqualität im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.“

5. § 91 Absatz 11 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „nach § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9 auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen“ durch die Wörter „auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die Gründe, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden können“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 wird das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ ersetzt.
6. § 92 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1b wird wie folgt gefasst:

„(1b) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 sind die in § 134a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer zu beteiligen. Verzichtet eine Organisation auf die Wahrnehmung ihres Rechts auf unmittelbare Beratungsbeteiligung nach Satz 1, ist ihr vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 ist zudem den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

- b) Nach Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 und 11 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

- c) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Vor Entscheidungen nach Satz 1, die die Früherkennung von Krebserkrankungen betreffen, ist zudem der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

- d) In Absatz 5 Satz 1 erster Halbsatz wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Rehabilitation“ die Wörter „sowie den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.

- e) In Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz werden nach dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „sowie den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.

- f) Dem Absatz 6a wird folgender Satz angefügt:

„Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

- g) Dem Absatz 6b wird folgender Satz angefügt:

„Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

- h) Dem Absatz 6c wird folgender Satz angefügt:

„Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

- i) In Absatz 7b Satz 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „genannten Organisationen“ die Wörter „sowie den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.
- j) In Absatz 7c erster Halbsatz werden nach dem Wort „Soziotherapieversorgung“ die Wörter „sowie den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.
- k) In Absatz 7g erster Halbsatz wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Bundesebene“ die Wörter „sowie den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.
- l) Nach Absatz 7g wird folgender Absatz 7h eingefügt:

„(7h) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und Nummer 14, den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und den Beschlüssen nach den §§ 136b und 136c sowie bei Beschlüssen zu Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, sofern sie die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren, erhalten die Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Es wird von bis zu zwei Vertretern der Berufsorganisationen der Pflegeberufe ausgeübt. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend. Die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe erhält Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünftelstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss.“

7. Nach § 95 Absatz 2 Satz 6 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Gesellschafter sind berechtigt, ihre Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der gemäß Satz 7 begrenzten Sicherheitsleistungen.“

8. Dem § 96 Absatz 2a werden folgende Sätze angefügt:

„Entscheidungen nach Satz 1 sind im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu treffen. Das Einvernehmen gilt als erteilt, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde bei der Beschlussfassung keine entgegenstehende Erklärung abgibt.“

9. § 105 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1a Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Verwendung der Mittel setzt nicht voraus, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 getroffen hat“.

- b) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „Satz 7 bis 10“ durch die Wörter „Satz 9 bis 12“ ersetzt.

10. In § 116b werden nach Absatz 5 folgende Absätze eingefügt:

„(5a) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 4 und 5 ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(5b) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erarbeitung der Anforderungen nach Absatz 4 für eine Erkrankung innerhalb von einem Jahr abzuschließen. Er soll je Kalenderjahr mindestens für drei Erkrankungen Anforderungen nach Absatz 4 festlegen.“

11. § 136 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Im ersten Halbsatz wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe“ gestrichen.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die in § 134a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer sind zu beteiligen, soweit die Berufsausübung der Hebammen berührt ist.“

12. In § 136b Absatz 1 Satz 3 erster Halbsatz wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe“ gestrichen.

13. Dem § 137f Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erarbeitung von Richtlinien nach Absatz 2 innerhalb von zwei Jahren abzuschließen.“

14. Nach § 140a wird folgender § 140b eingefügt:

„§ 140b

Gesundheitsregionen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten auf deren Antrag einen Vertrag mit dem Ziel der Behebung regionaler Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung, der Überwindung von Schnittstellen oder der Verbesserung des Zugangs zur regionalen Versorgung (Gesundheitsregion) schließen. Sofern die Kreise oder kreisfreien Städte die weiteren Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllen und zur hälftigen Übernahme der Kosten nach Absatz 3 Satz 3 bereit sind, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verpflichtet.

(2) Aufgaben einer Gesundheitsregion können insbesondere sein:

1. Bildung von Netzwerken und Kooperationen der regionalen Versorger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes,
2. Sicherstellung einer vernetzten und koordinierten Gesundheitsförderung und Versorgung über Sektorengrenzen hinweg entsprechend der regionalen Bedarfe unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen,

3. Ausbau von Dienstleistungen zur Erhöhung von Mobilitätsangeboten, um den Zugang zu kurativer und präventiver Versorgung zu erleichtern,
4. Weiterentwicklung der genannten Ziele und Maßnahmen.

Die Einzelheiten sind in den Verträgen nach Absatz 1 zu regeln.

(3) Die Organisation einer Gesundheitsregion kann von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern einzeln oder gemeinsam durchgeführt werden. Die Vertragspartner können die Aufgabe nach Satz 1 auch an beteiligte Leistungserbringer der Gesundheitsregion oder deren Gemeinschaften oder Verbände übertragen oder sich darauf verständigen, dass diese Aufgabe durch Dritte erbracht wird. Die Investitions- und Betriebskosten der Organisation der Gesundheitsregion tragen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einerseits und die beteiligten Kreise und kreisfreien Städte andererseits zu gleichen Teilen.

(4) Voraussetzung für die Aufnahme von Vertragsverhandlungen nach Absatz 1 Satz 2 ist, dass die Kreise oder kreisfreien Städte gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen unter Nennung der teilnehmenden Leistungserbringer qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsregion machen und bereit sind, sich an den Kosten nach Absatz 3 Satz 3 zu beteiligen. Eine enge Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist zu gewährleisten. Kommt es nicht zu Verhandlungen, so entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, ob der Antrag die Anforderungen des Satzes 1 erfüllt und Verhandlungen aufzunehmen sind.“

15. § 140f Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 wird nach der Angabe „§ 56 Abs. 1,“ die Angabe „§ 63 Absatz 3c Satz 3,“ eingefügt und wird die Angabe „§§ 136 bis 136b, 136d,“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136d,“ ersetzt.
- b) Nach Satz 7 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Ein Beschluss des Plenums des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gemahmt, wenn die benannten Personen einheitlich ein ablehnendes Votum abgeben. Er gilt erst dann als getroffen, wenn er durch erneuten Beschluss in einer darauffolgenden Sitzung bestätigt wird.“

16. § 217f Absatz 4 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt Richtlinien über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zu den hierfür heranzuziehenden Leistungs- und Qualitätsdaten der einzelnen Krankenkassen. Er ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit Richtlinien nach Satz 1 zur Genehmigung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen ergänzende Stellungnahmen anfordern. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in einer Richtlinie nach Satz 1 innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen fest, die mindestens Auskunft geben über

1. die Anzahl von Anträgen, differenziert nach Leistungsbereichen und nach den Merkmalen „Genehmigung“ bzw. „Bewilligung“ oder „Ablehnung“ sowie im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge,

2. die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Anträge, mindestens differenziert nach den nach Nummer 1 festgelegten Leistungsbereichen,
3. die Anzahl der Widersprüche sowie der aus Sicht der Leistungsberechtigten erfolgreichen Widersprüche, differenziert nach Leistungsbereichen sowie im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge und eingelegten Widersprüche,
4. die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Widersprüche, mindestens differenziert nach den nach Nummer 3 festgelegten Leistungsbereichen,
5. die Anzahl der Klagen sowie der aus Sicht der Leistungsberechtigten erfolgreichen Klagen, differenziert nach Leistungsbereichen sowie im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt eingelegten Widersprüche und erhobenen Klagen,
6. die Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Krankenkassen, insbesondere
 - a) zum Antragsprozess im Leistungsgeschehen,
 - b) zum Beschwerdemanagement sowie
 - c) zur Förderung der Patientensicherheit,
7. den Stand der Digitalisierung der Krankenkassen, insbesondere
 - a) zur Ausstattung der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle und deren persönlicher Identifikationsnummer,
 - b) zur Bereitstellung und Nutzung der elektronischen Patientenakte nach § 341 sowie
 - c) zur Bereitstellung und Nutzung der sicheren digitalen Identitäten nach § 291 Absatz 8 durch die Versicherten.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in der Richtlinie nach Satz 4 verbindliche Vorgaben für die Bereitstellung und Übermittlung der für die Umsetzung der Vorgaben nach Satz 4 erforderlichen, nicht personenbezogenen Daten in maschinenlesbarer Form fest. Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen seiner Verpflichtung nach Satz 4 nicht oder nicht vollständig nach, kann das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf die Vorgaben nach Satz 4 und 5 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen. Gemäß diesen Vorgaben übermitteln die Krankenkassen ihre Daten jährlich zu einem in der Richtlinie nach Satz 4 festgelegten Zeitpunkt an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Auf der Grundlage der Daten nach Satz 7 ermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Kennzahlen nach Satz 4 Nummer 1 bis 5 den jeweiligen Mittelwert über sämtliche Krankenkassen sowie die jeweilige Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht die von den Krankenkassen nach Satz 7 übermittelten und nach Satz 8 ermittelten Informationen zu den Kennzahlen jährlich, erstmals für das Berichtsjahr 2025, auf einer digitalen und interaktiven Plattform, die transparente, nutzerfreundliche und barrierefreie Informations- und Vergleichsmöglichkeiten für die Versicherten über die in der Richtlinie nach Satz 4 festgelegten Vorgaben sicherstellt. Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei krankenkassenindividuellen Veröffentlichungen der Kennzahlen nach Satz 4 auf die Plattform nach Satz 9 hinzuweisen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen überprüft jährlich die Auswahl der Kennzahlen nach Satz 4 im Austausch mit seinen Mitgliedern und trifft verbindliche Vorgaben für eine Weiterentwicklung der

Richtlinie. Er lässt die Richtlinie nach Satz 4 sowie ihre Umsetzung extern evaluieren und legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens drei Jahre nach erstmaliger Veröffentlichung der Kennzahlen nach Satz 9 einen Evaluationsbericht vor.“

Artikel 2

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 53 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 6. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 146) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„§ 217f Absatz 4 des Fünften Buches gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der nach § 217f Absatz 4 Satz 1 und 4 des Fünften Buches zu erlassenden Richtlinie auch verbindliche Vorgaben festlegt für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Durchführung und Inanspruchnahme

1. der Pflegeberatung nach § 7a,
2. der Pflegekurse nach § 45, insgesamt betrachtet sowie mindestens differenziert nach Gruppenkursen vor Ort, Schulungen in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person und digitalen Pflegekursen.“

Artikel 3

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Nicht überall in Deutschland haben Menschen die gleichen Chancen, ihre Ansprüche auf Beratung, auf Vermittlung von Angeboten der Prävention und der medizinischen Versorgung sowie auf unbürokratische Hilfe bei der Klärung sozialversicherungsrechtlicher Fragestellungen zu verwirklichen. Insbesondere in sozial oder strukturell benachteiligten Regionen können Defizite und besonderer Unterstützungsbedarf bestehen. Daher zielt der Gesetzentwurf darauf ab, die Gesundheitsversorgung vor Ort in den Kommunen zu stärken und dabei gleichzeitig die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Insgesamt erhalten die Kommunen mehr Möglichkeiten, auf die vor Ort bestehenden Bedarfe im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zu reagieren.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass in besonders benachteiligten Regionen und Stadtteilen niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention, sogenannte Gesundheitskioske, errichtet werden können. Die Gesundheitskioske werden allen Aufsuchenden unabhängig vom Versichertenstatus allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen anbieten, etwa zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Präventionsangeboten. Auch wird es Ziel sein, die Ratsuchenden bei der Vermittlung von Terminen oder konkreten Leistungsangeboten zu unterstützen. Damit trägt der Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bei, denn Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anwenden zu können.

Mithilfe der Kioske soll so einerseits die individuelle Gesundheitskompetenz insbesondere von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf erhöht werden. Andererseits sollen die Gesundheitskioske auch eine Vorbildfunktion für die gesundheitskompetente Gestaltung von Organisationen des Gesundheitswesens erfüllen, die systematisch den Zugang zu und das Verständnis für Gesundheitsinformationen insbesondere im Hinblick auf ihre praktische Anwendung in ihrer Zielgruppe erleichtern. Sie unterstützen damit auch wesentlich die Orientierung der Menschen in den Strukturen des Gesundheitswesens und tragen zur besseren „navigationalen“ Gesundheitskompetenz bei. Auch deshalb ist es wichtig, dass die Kioske in die bereits vor Ort bestehenden Strukturen eingebettet werden, etwa über eine enge Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen und bei Bedarf mit anderen relevanten Sektoren. Hierüber wird der Aufbau von Doppelstrukturen verhindert.

Bereits jetzt ist es über § 140a SGB V möglich, eine Gesundheitsregion zu bilden. Künftig soll diese Möglichkeit ergänzt werden um Regelungen, die Kommunen berechtigen, breiter angelegt und basierend auf der Regelversorgung Verbünde zu organisieren. Die Kommunen erhalten ein Initiativrecht zur Bildung einer Gesundheitsregion. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind dann gemeinsam und einheitlich zur Aufnahme von Verhandlungen verpflichtet, wenn die Kommune oder die Kommunen bereit sind, sich zu 50 Prozent an den Investitions- und Betriebskosten des Managements der Gesundheitsregion zu beteiligen und eine enge Kooperation mit dem ÖGD gewährleistet ist. Mithilfe der Bildung einer Gesundheitsregion kann es gelingen, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden oder den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern. Insgesamt ist Ziel der Regelung, die Versorgung vor Ort in der Kommune zu verbessern.

Die hausärztliche Versorgung steht vor besonderen Herausforderungen. Zum einen wird es insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zunehmend schwieriger, Hausärztinnen und Hausärzte für eine Niederlassung zu gewinnen. Zum anderen führt die demographische Entwicklung insbesondere dort zu einer Zunahme älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten, so dass sich auch die inhaltlichen Anforderungen an die medizinische Grundversorgung wandeln. Erforderlich ist daher ein breiter, koordinierter Ansatz, der auch die Verbindung zu sozialer Beratung und Unterstützung herstellt. Zudem soll durch eine vernetzte und kooperativ aufgestellte Zusammenarbeit sowie die Unterstützung und Entlastung der ärztlichen Arbeit durch nichtärztliche Fachkräfte die Attraktivität zur Niederlassung in Regionen mit Versorgungsschwierigkeiten gesteigert werden. Vor diesem Hintergrund soll in Planungsbereichen mit Versorgungsproblemen im hausärztlichen Bereich die Möglichkeit geschaffen werden, Primärversorgungszentren zu errichten.

Die Berufsorganisationen der Pflegeberufe haben derzeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter anderem ein allgemeines Beteiligungsrecht im Bereich der Qualitätssicherung oder bei den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c SGB V lediglich ein Stimmrecht. Die Expertise der Berufsorganisationen der Pflegeberufe muss aber weitergehend einfließen in die Beratungen des G-BA. Um die Stimme der Pflege weiter zu stärken, müssen die bestehenden Beteiligungsrechte erweitert werden in den für die Pflege relevanten Aufgabenbereichen des G-BA.

Darüber hinaus fließt derzeit die Expertise weiterer Betroffener (wie der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder der Vertretungen der Hebammen) noch nicht ausreichend in die Beratungen des G-BA ein, sodass weitere Beteiligungsrechte notwendig sind.

Die Patientenvertretung hat zwar schon grundsätzlich in allen Gremien des G-BA ein umfassendes Antrags- und Mitberatungsrecht und kann im Rahmen der Beschlussfassung im Plenum des G-BA ihre Positionierung gegenüber der Beschlussvorlage darstellen. Jedoch kann bei der Abstimmung über eine Beschlussvorlage im Plenum des G-BA gegen das ausdrückliche Votum der Patientenvertretung dennoch ein Beschluss gefasst werden. Daher gilt es, die Position der Patientenvertretung zu stärken.

Die Entscheidungsverfahren des G-BA sind zwar bereits größtenteils an gesetzliche Fristen geknüpft. Da es sich aber um maßgebliche Entscheidungen für die gesundheitliche Versorgung gesetzlich versicherter Personen handelt, müssen die Verfahren weiter beschleunigt werden.

Darüber hinaus zielt der Gesetzentwurf darauf ab, die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen zu erleichtern und diese damit noch besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen.

Zudem sollen die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten der zuständigen Landesbehörden hinsichtlich der Entscheidungen der Zulassungsausschüsse erweitert werden. Den Ländern soll ermöglicht werden, ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zu Geltung zu bringen und damit die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten.

Zur bestmöglichen Unterstützung der kognitiven und motorischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die unter schweren Krankheiten leiden oder von Behinderung betroffen sind, zur Sicherung ihrer Teilhabe sowie zur Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen ist eine möglichst unverzügliche Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln unerlässlich. Ziel des Gesetzentwurfs ist es, die entsprechenden Bewilligungsverfahren für Hilfsmittelversorgungen zu beschleunigen.

Die Krankenkassen sind ein wichtiger Eckpfeiler des deutschen Gesundheitssystems. Wesentliche Aufgabe ist dabei gemäß § 1 SGB V die Unterstützung ihrer Versicherten im

Krankheitsfall durch Aufklärung, Beratung und Leistungen. Gleiches gilt für die Pflegekassen im Pflegefall. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts treffen die Kranken- und Pflegekassen rechtsverbindliche Entscheidungen über Leistungsanträge ihrer Versicherten, die für deren gesundheitliche und pflegerische Versorgung von großer Bedeutung sind. Gleichzeitig sind die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet, mit den Beiträgen der Versichertengemeinschaft wirtschaftlich umzugehen und Leistungsanträge bezogen auf den individuellen Bedarf hin zu überprüfen sowie eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. In vielen Fällen sind die Versicherten dabei auf eine fachgerechte Beratung und Begleitung angewiesen.

Neben Anträgen in den verschiedenen Leistungsbereichen, die eine Bewilligung der Krankenkassen erfordern, besteht eine weitere zentrale Aufgabe der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten darin, deren gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung durch Aufklärung und Beratung zu fördern. Voraussetzung für eine zielgerichtete Umsetzung dieser gesetzlichen Aufgabe ist ein gutes Beratungs- und Unterstützungsangebot der Krankenkassen für ihre Versicherten. Gleiches gilt für die Pflegekassen.

Vor diesem Hintergrund zielt die Neufassung von § 217f Absatz 4 SGB V darauf ab, die Transparenz über die Servicequalität der Krankenkassen und über das Leistungsgeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen. Gemäß § 53 Satz 2 SGB XI gilt § 217f SGB V entsprechend für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung und die Pflegekassen. Dies gilt auch für die Neufassung von § 217f Absatz 4 SGB V. Durch eine einheitliche und verbindliche Festlegung von zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen wird die Vergleichbarkeit zwischen den Kranken- und Pflegekassen bundesweit gewährleistet und so der Qualitätswettbewerb zwischen den Kranken- und Pflegekassen gestärkt. Es wird ein übersichtliches und niedrigschwelliges Informationsangebot geschaffen. Mit der Neufassung von § 217f Absatz 4 SGB V wird zudem der Auftrag des § 220 Absatz 4 Satz 4 und 5 SGB V umgesetzt, dass das Bundesministerium für Gesundheit Vorschläge für gesetzliche Vorgaben erarbeitet, die eine Offenlegung der Service- und Versorgungsqualität der Krankenkassen anhand von einheitlichen Mindestkriterien ermöglichen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Im Einzelnen sieht der Gesetzentwurf folgende Regelungen vor:

II.1. Gesundheitskioske

In besonders benachteiligten Regionen und Stadtteilen können niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention etabliert werden. Diese sogenannten Gesundheitskioske werden von Kommunen und gesetzlicher Krankenversicherung unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung errichtet. Dabei wird das Initiativrecht bei den Kommunen liegen. Die Gesundheitskioske können neu errichtet werden aber auch in bereits bestehenden Räumlichkeiten, beispielsweise der Kommune, etabliert werden.

Die Krankenkassen fördern zusammen mit den Kommunen mit Hilfe der Gesundheitskioske insbesondere die Gesundheitskompetenz von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und bieten diesen im Bedarfsfall individuelle Beratung zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils.

Aufgaben der Gesundheitskioske können insbesondere sein:

- Vermittlung von Leistungen der medizinischen Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
- allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen und sozialen Bedarfsermittlung;

- Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme einschließlich der Anleitung zur Inanspruchnahme ambulanter telemedizinischer Leistungen;
- Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten;
- Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen;
- Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes;
- Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben.

Es ist eine enge Kooperation mit dem ÖGD zu gewährleisten.

Sofern eine Kommune das Initiativrecht ausübt, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, gemeinsam mit den Kommunen und der privaten Krankenversicherung Kioske zu errichten. Um insbesondere die Besonderheiten vor Ort besser berücksichtigen zu können, wird ein Gestaltungsspielraum gegeben. So können die Kioske auch als mobile Leistungsorte, etwa in Bussen, errichtet werden. Dabei werden die Kioske in die bereits vor Ort bestehenden Strukturen eingebettet, etwa über eine enge Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

Die Finanzierung wird zwischen den Kommunen auf der einen und gesetzlicher und privater Krankenversicherung auf der anderen Seite aufgeteilt. Die Krankenkassen tragen 74,5 Prozent der Gesamtkosten, die private Krankenversicherung 5,5 Prozent und die Kommunen 20 Prozent der Gesamtkosten.

Die Leitung der Gesundheitskioske soll eine Pflegekraft übernehmen, die gemeinsam mit weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen, präventiven und sozialen Bedarfsermittlung erbringt. Perspektivisch sollen insbesondere Pflegefachkräfte mit Heilkundekompetenz im Sinne von community health nursing die Leitung der Gesundheitskioske übernehmen.

Insgesamt wird es mithilfe der Kioske gelingen, die individuelle Gesundheitskompetenz insbesondere von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf zu erhöhen.

II. 2 Gesundheitsregionen

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einer oder mehreren Kommunen auf deren Antrag einen Gesundheitsregionenvertrag schließen. Über solche Verträge können regionale Aspekte stärker betont und Kommunen auf Grund ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge besser eingebunden werden. Ein Gesundheitsregionenvertrag stellt eine alternative Organisation der Regelversorgung ohne Einschreibepflicht der Versicherten und mit Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl dar.

Beim Aufbau einer Gesundheitsregion sollen die gewachsenen Strukturen berücksichtigt und, wenn möglich, alle in der Region in der Gesundheitsversorgung Tätigen mit einbezogen werden. Denkbar sind in diesem Rahmen sowohl Regelungen zur Verbesserung von Mobilität, um etwa in unterversorgten Regionen Patientinnen und Patienten zu den Versorgern zu bringen (z. B. Shuttle-Service), als auch Regelungen zum Ausbau des Versorgungsangebots vor Ort, z. B. durch eine Erhöhung des telemedizinischen Angebots oder die Ausweitung von zertifizierten Präventionsangeboten etwa durch Kooperationen oder das Bereitstellen von Räumlichkeiten.

Aufgaben einer Gesundheitsregion können insbesondere die Bildung von Netzwerken und Kooperationen der regionalen Versorger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie

die Sicherstellung einer vernetzten und koordinierten Versorgung über Sektorengrenzen hinweg entsprechend der regionalen Bedarfe unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen sein. Auch der Ausbau von Dienstleistungen zur Erhöhung von Mobilitätsangeboten, um den Zugang zu kurativer und präventiver Versorgung zu erleichtern, kommen hier in Frage.

Die Investitions- und Betriebskosten der Organisation der Gesundheitsregion tragen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einerseits und die beteiligten Kreise und kreisfreien Städte andererseits zu gleichen Teilen.

II. 3 Primärversorgungszentren

Mit einem neuen § 73a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird die Rechtsgrundlage für Primärversorgungszentren geschaffen. Primärversorgungszentren können von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaften und medizinischen Versorgungszentren gegründet werden. Sie bieten neben der regulären hausärztlichen Versorgung ein besonderes hausärztliches Versorgungsangebot an, das insbesondere den besonderen medizinischen Bedürfnissen älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten gerecht wird. Zudem werden durch die Kooperation mit einem in erreichbarer Nähe liegenden Gesundheitskiosk oder der jeweiligen Kommune ergänzende soziale Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt. Indem Primärversorgungszentren mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten sowie weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern kooperieren, wird eine effektive Versorgungssteuerung, sowie eine zeitgerechte, den medizinischen Notwendigkeiten entsprechende Behandlung ermöglicht.

II.4 Gemeinsamer Bundesausschuss

Um die Stimme der Pflege im G-BA zu stärken, wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei weiteren Aufgabenbereichen des G-BA, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen, eingeräumt. Das Antrags- und Mitberatungsrecht umfasst das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Zudem besteht ein Einvernehmenserfordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss. Darüber hinaus wird die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zur Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte finanziell unterstützt.

Damit die Belange der Patientinnen und Patienten noch besser berücksichtigt werden, erhält die Patientenvertretung das Recht, eine Beschlussfassung im Plenum einmalig zu verhindern, wodurch eine erneute Auseinandersetzung mit den bestehenden Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung in den Gremien des G-BA erfolgen soll. Ein erneut ablehnendes Votum der Patientenvertretung soll jedoch nur bei einer maßgeblichen Änderung zu einer erneuten Hemmung führen können.

Als weitere Maßnahmen, die zur Beschleunigung der Verfahren im G-BA führen kann, soll die Verpflichtung des G-BA zur jährlichen Berichterstattung an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages dahingehend modifiziert werden, dass über alle Verfahren zu berichten ist, die länger als zwei Jahre andauern. Zudem werden weitere Fristvorgaben eingeführt – für Verfahren zur Erarbeitung von Richtlinien zu neuen strukturierten Behandlungsprogrammen (innerhalb von zwei Jahren) und für Verfahren zur Erarbeitung von Anforderungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer Erkrankung (jeweils innerhalb von maximal einem Jahr).

Um die Mitsprachemöglichkeiten weiterer von den Entscheidungen des G-BA Betroffener auszubauen, werden die bislang für die Bereiche der Methodenbewertung und der struktu-

rierten Behandlungsprogramme bereits bestehenden Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften auf weitere Arbeitsbereiche des G-BA ausgedehnt.

Bei Entscheidungen über die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme erhalten zudem die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren ein Stellungnahmerecht. Eine Erweiterung der Stellungnahmerechte von betroffenen Organisationen zu einem Recht auf Mitberatung wird den Vertretungen der Hebammen zukünftig zustehen.

II.5 Medizinische Versorgungszentren

Die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen wird erleichtert. Der Gesetzentwurf sieht hierfür für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH die Möglichkeit vor, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs abhängt.

II.6 Hilfsmittelversorgung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren von Hilfsmittelversorgungen von Kindern und Jugendlichen das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt wird, die von Kindern und Jugendlichen beantragt werden, die regelmäßig in einem SPZ in sozialpädiatrischer Behandlung sind, sofern der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin des SPZ die beantragte Versorgung empfiehlt. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen. Insbesondere die zum Teil sehr zeitaufwändige Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes bei der Beurteilung der Notwendigkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung kann unterbleiben.

II.7 Leistungs- und Servicequalitätstransparenz von Kranken- und Pflegekassen

Für gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte wird ein übersichtliches und niedrigschwelliges digitales Informations- und Vergleichsangebot geschaffen. Hierzu sieht der Gesetzentwurf eine einheitliche und verbindliche Festlegung von zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen im Rahmen einer Richtlinie durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Kranken- und Pflegekassen vor. Diese Kennzahlen und Informationen für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung sollen insbesondere Transparenz herstellen

- zur Anzahl von Genehmigungen, Ablehnungen, Widersprüchen und Klagen im Leistungsgeschehen, differenziert nach versichertenrelevanten Leistungsbereichen,
- zur versichertenrelevanten Bearbeitungsdauer der Kranken- und Pflegekassen im Leistungsgeschehen,
- zur Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Kranken- und Pflegekassen zum Antragsprozess, zum Beschwerdemanagement und zur Förderung der Patientensicherheit sowie
- zusätzlich bei den Pflegekassen zur Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Pflegekurse nach § 45 SGB XI.

II. 8 Stärkung der Länder im Zulassungsausschuss

Das bisherige Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in Verfahren der Zulassungsausschüsse mit besonderer Versorgungsrelevanz wird um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt.

III. Alternativen

Alternativ zur Neufassung des § 217f Absatz 4 SGB V in Verbindung mit § 53 SGB XI und der damit verbundenen gesetzlichen Verpflichtung zur Veröffentlichung versichertenrelevanter einheitlicher Kennzahlen und Informationen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung auf einer gemeinsamen digitalen Plattform könnten Kranken- und Pflegekassen weiterhin ausschließlich freiwillig eigene Transparenzberichte veröffentlichen. Diese Alternative birgt zum einen die Gefahr, dass sich die Transparenzberichte mit Blick auf die erforderlichen Mindestkriterien weiterhin sowohl vom Inhalt als auch von der Darstellung her wesentlich unterscheiden. Zum anderen wäre eine Veröffentlichung durch alle Krankenkassen ohne eine gesetzliche Grundlage nicht gewährleistet. Zudem wäre es für Versicherte mit einem hohen Maß an Aufwand verbunden, krankens- bzw. pflegekassenindividuelle Berichte mehrerer Kranken- bzw. Pflegekassen abzurufen und miteinander zu vergleichen. Sowohl die gesetzlich vorgegebenen Mindestkriterien als auch die einheitliche Veröffentlichung auf einer gemeinsamen digitalen Plattform stellen die erforderliche Aussagekraft und Vergleichbarkeit sowie einen versichertenfreundlichen Zugriff auf diese Informationen sicher.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Keine.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit den Zielen und Leitprinzipien der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Dies betrifft insbesondere das Nachhaltigkeitsziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Indem der Gesetzentwurf auf eine Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz insbesondere bei Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf abzielt, dient er der Verbesserung der Gesundheitschancen aller Einwohnerinnen und Einwohner. Er trägt damit zum sozialen Zusammenhalt in Deutschland bei. Daher erfüllt der Gesetzentwurf auch das Nachhaltigkeitsziel 10 „Ungleichheit in und zwischen Ländern verringern“ und entspricht dem Leitprinzip 5 „Sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern“.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Kommunen

Bund und Ländern entstehen durch die vorgesehenen Regelungen keine Kosten.

Die für den Betrieb der Gesundheitskioske und die dort erbrachten Leistungen erforderlichen Aufwendungen sind von den Kommunen zu 20 Prozent anteilig zu tragen. Pro Jahr fallen rund 400.000 Euro für den Betrieb eines Gesundheitskiosks an. Diese setzen sich aus rund 80 Prozent für Personalausgaben und rund 20 Prozent für Sachausgaben zusammen. Demnach entstehen für die Kreise und kreisfreien Städte pro Gesundheitskiosk rund 80.000 Euro jährlich. Die Gesamtkosten für die Kommunen sind von der Anzahl der Kioske abhängig.

Durch die Übernahme von Aufgaben, die der Prävention und Gesundheitsförderung dienen, können sich etwa für den ÖGD Entlastungen ergeben, die mittel- und langfristig zu Minderausgaben für die Kommunen führen.

Die Kommunen tragen 50 Prozent der Investitions- und Betriebskosten, die für die Organisation bzw. das Management einer Gesundheitsregion anfallen. Insgesamt ist hier von einem Betrag von rund 150.000 Euro auszugehen. Pro Jahr fallen demnach rund 75.000 Euro für die Kommune bzw. die Kommunen an. Die Gesamtsumme setzt sich aus rund 80 Prozent für Personalausgaben und rund 20 Prozent für Sachausgaben zusammen.

Durch die vorgesehene Kooperation von Kommunen mit Primärversorgungszentren (sofern örtlich kein Gesundheitskiosk besteht) können den Kommunen zusätzliche Kosten entstehen. Diese sind derzeit nicht bezifferbar, da nicht absehbar ist, wie viele Primärversorgungszentren errichtet werden und wie die individuell zu vereinbarenden Kooperationen ausgestaltet werden.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Der von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu tragende Anteil beträgt 74,5 Prozent von jährlich insgesamt rund 400.000 Euro pro Gesundheitskiosk. Für einen Gesundheitskiosk fallen jährlich entsprechend Kosten von rund 300.000 Euro für die gesetzliche Krankenversicherung an. Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden dabei von den Landesverbänden der Krankenkassen und von den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer eigenen Versicherten gemessen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben. Die Gesamtkosten für die gesetzliche Krankenversicherung sind von der Anzahl der Kioske abhängig.

Über die Leistungen der Gesundheitskioske in den Bereichen Gesundheitsförderung sowie Prävention und die Beratungsleistungen ergeben sich für die gesetzlichen Krankenversicherungen mittel- und langfristig Minderausgaben.

Der von der GKV zu tragende Anteil der Investitions- und Betriebskosten, der für die Organisation bzw. das Management einer Gesundheitsregion vorgesehen ist, beträgt 50 Prozent. Pro Jahr fallen demnach rund 75.000 Euro für die GKV an. Die Gesamtsumme setzt sich aus rund 80 Prozent für Personalausgaben und rund 20 Prozent für Sachausgaben zusammen.

Die Bildung einer Gesundheitsregion zielt unter anderem darauf ab, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden oder den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern. Dadurch können etwa Krankheiten und Folgeerkrankungen vermieden und die Prävention gestärkt werden. Das wird mittel- und langfristig zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führen.

Durch die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen, die in den Primärversorgungszentren erbracht werden, können der GKV Mehrausgaben entstehen. Diese Mehrausgaben lassen sich derzeit nicht beziffern, da die Anpassung der Vergütung maßgeblich davon abhängig ist, welche Einzelheiten und Anforderungen für die besondere hausärztliche Versorgung durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbart werden und wie viele Primärversorgungszentren gegründet werden.

4. Erfüllungsaufwand

1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks führt bei dem Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk, der im unteren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Dabei wird von einem geschätzten Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 320 Stunden, die auf drei Personen mit einem mittleren Qualifikationsniveau und eine Person mit einem hohen Qualifikationsniveau aufgeteilt werden könnten, ausgegangen. Dabei ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

3. Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Bund

Für den Bund (Bundesministerium für Gesundheit) entsteht durch die aufsichtsrechtliche Prüfung der Beschlüsse zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes sowie durch die Festlegung von Vorgaben für die Evaluation durch den Bewertungsausschuss nach § 73a Absatz 6 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 1.000 Euro.

Länder

Für die Länder entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Kommunen

Die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks führt bei der Verwaltung der Kommune abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk, der im unteren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Dabei wird von einem geschätzten Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 576 Stunden, die auf drei Personen im gehobenen Dienst und eine Person im höheren Dienst aufgeteilt werden könnten, ausgegangen. Es ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt. Der Erfüllungsaufwand fällt nur an, wenn die entsprechende Kommune von ihrem Initiativrecht zur Einrichtung eines Gesundheitskiosks Gebrauch macht.

Der Abschluss eines Gesundheitsregionenvertrages führt bei der Verwaltung der Kommune abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand, der im unteren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Dabei wird von einem

geschätzten Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 448 Stunden, die auf drei Personen im gehobenen Dienst und eine Person im höheren Dienst aufgeteilt werden könnten, ausgegangen.

Der vorgesehene Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen Primärversorgungszentren und Kommunen (sofern örtlich kein Gesundheitskiosk besteht), führt bei der Verwaltung der betroffenen Kommunen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Primärversorgungszentrum, der voraussichtlich jeweils im unteren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Wie viele Primärversorgungszentren errichtet werden, ist derzeit noch nicht absehbar.

Gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung

Durch die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks entsteht bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen insgesamt ein einmaliger Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk, der im mittleren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Dabei wird von einem geschätzten Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 1152 Stunden, die auf sechs Personen im gehobenen Dienst und zwei Personen im höheren Dienst aufgeteilt werden könnten, ausgegangen. Es ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt.

Der Abschluss eines Gesundheitsregionenvertrages führt bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand, der im unteren zweistelligen Tausend Euro Bereich liegen wird. Dabei wird von einem geschätzten Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 672 Stunden, die auf fünf Personen im gehobenen Dienst und eine Person im höheren Dienst aufgeteilt werden könnten, ausgegangen.

Durch die vorgesehene Vertragsschließung der Bundesmantelvertragspartner zur näheren Ausgestaltung der Primärversorgungszentren sowie für die auf dieser Grundlage vorzunehmende Überprüfung und Anpassung des EBM im Bewertungsausschuss entsteht bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 10.000 Euro, der sich aus 150 Arbeitsstunden bei einem durchschnittlichen Stundensatz von 66,20 Euro zusammensetzt.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird von seinen Mitgliedern, den Krankenkassen, finanziert. Er nimmt zudem die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr (§ 53 Satz 1 SGB XI). Der Erfüllungsaufwand für die Erstellung einer Richtlinie nach § 217f Absatz 4 SGB V geht nicht über den Erfüllungsaufwand hinaus, der bereits für die Umsetzung des bisherigen § 217f Absatz 4 SGB V anzunehmen war; gleiches gilt gemäß § 53 Satz 2 SGB XI für den Bereich der Pflegeversicherung. So hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusammen mit seinen Mitgliedern bereits in den Jahren 2021 und 2022 relevante Vorarbeiten für die nun vorzulegende Richtlinie nach § 217f Absatz 4 Satz 4 SGB V geleistet.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand im Umfang einer halben Stelle im gehobenen Dienst für das regelmäßige Fortschreiben der Richtlinie nach § 217f Absatz 4 Satz 4 SGB V, für die Verarbeitung und Auswertung der von den Kranken- und Pflegekassen übermittelten Daten zur Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen und zum Leistungsgeschehen in der GKV und in der sozialen Pflegeversicherung sowie für das Einpflegen der Daten auf der digitalen Plattform. Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ein Gehalt von 43,40 Euro pro Stunde, für eine Vollzeitkraft eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Jahresarbeitszeit von 200 Tagen zugrunde, entspricht dies einer jährlichen Aufwendung für eine 0,5 Vollzeitkraft von rund 35.000 Euro.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht für die Errichtung der digitalen und interaktiven Plattform mit Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Umfang von einer befristeten Vollzeitstelle im höheren Dienst für die Dauer von einem Jahr, insbesondere für die Konzeption, Programmierung und IT-seitigen Umsetzung. Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ein Gehalt von 65,40 Euro pro Stunde, eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Jahresarbeitszeit von 200 Tagen zugrunde, entspricht dies einmalig rund 100.000 Euro. Für den Betrieb der Plattform entsteht dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zudem ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand pro Jahr.

Für die Erstellung einer einheitlichen Schnittstelle zur Bereitstellung und Übermittlung der Kennzahlen entsteht dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand in einem niedrigen zweistelligen Tausend-Euro Bereich.

Den einzelnen Kranken- und Pflegekassen entsteht ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Aufwand für die einheitliche Erhebung der Kennzahlen, soweit diese nicht bereits für die GKV-Statistik oder die Pflegestatistik, für kassenindividuelle Transparenzberichte oder für sonstige laufende Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen erhoben werden, sowie für die Datenübermittlung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Nutzung der einheitlichen Schnittstelle.

Für die gesetzlich vorgeschriebene externe Evaluation der Richtlinie und deren Umsetzung entsteht dem GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand, dessen Höhe abhängt vom Umfang und Ausgang des Vergabeverfahrens und damit nicht quantifiziert werden kann.

Sonstige

Den Kassenärztlichen Vereinigungen ist bei den Verträgen zur Errichtung eines Gesundheitskiosks Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dadurch entsteht diesen je Vertrag ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand.

Durch die vorgesehene Vertragsschließung der Bundesmantelvertragspartner zur näheren Ausgestaltung der Primärversorgungszentren sowie für die auf dieser Grundlage vorzunehmende Überprüfung und Anpassung des EBM im Bewertungsausschuss entsteht bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 10.000 Euro, der sich aus 150 Arbeitsstunden bei einem durchschnittlichen Stundensatz von 66,20 Euro zusammensetzt.

Beim Bewertungsausschuss werden alle drei Jahre rund 200 Arbeitsstunden notwendig, um der Berichtspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 73a Absatz 6 Satz 2 SGB V nachzukommen, was bei einem Stundensatz von 66,20 Euro einem Erfüllungsaufwand von rund 13.000 Euro entspricht.

Im Zusammenhang mit der Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der Sicherheitsleistungen für die Zulassung medizinischer Versorgungszentren in der Rechtsform der GmbH ist bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung jeweils vom einem einmaligen Zeitaufwand im Umfang von wenigen Personentagen auszugehen, mit dem ein finanzieller Aufwand von rund 5.000 Euro je Vertragspartei und damit rund 10.000 Euro nicht wesentlich überschritten wird. Gleiches gilt für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, bei dem vorstehender Erfüllungsaufwand zweimal anfällt. Insgesamt ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 20.000 Euro.

Für die finanzielle Unterstützung der Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe entsteht für den G-BA ein Erfüllungsaufwand in Höhe der zu leistenden Ausgaben für Reisekosten, Verdienstaufschlag oder Aufwandsentschädigung, der im unteren sechsstelligen Bereich liegen kann.

5. Weitere Kosten

Die Gesundheitskioske stehen allen Bewohnerinnen und Bewohnern der teilnehmenden Kommunen unabhängig vom Versichertenstatus zur Verfügung. Entsprechend übernehmen die privaten Krankenversicherungsunternehmen 5,5 Prozent der Aufwendungen für die Errichtung und den Betrieb von Gesundheitskiosken. Das entspricht einer jährlichen Beteiligung von rund 22.000 Euro pro Gesundheitskiosk. Die Aufwendungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. durch eine Umlage auf Bundesebene entsprechend dem Anteil der jeweiligen Versicherten erhoben. Die Gesamtkosten für die privaten Versicherungsunternehmen sind von der Anzahl der Kioske abhängig.

Über die Leistungen der Gesundheitskioske können sich für die privaten Versicherungsunternehmen mittel- und langfristig Minderausgaben ergeben.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

Auswirkungen auf die demografische Entwicklung hat das Gesetz nicht.

Das Gesetz zielt auf eine Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz und gesundheitlichen Eigenverantwortung ab und unterstützt somit eine Verbesserung der Gesundheitschancen aller Einwohnerinnen und Einwohner. Entsprechend hat das Gesetz Auswirkungen auf die Wahrung und Förderung gleichwertiger Lebensverhältnisse.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung der Regelungen ist nicht vorgesehen.

Grundsätzlich sollen die Gesundheitskioske je nach Bedarf auch dauerhaft errichtet werden können. Um unter anderem die Auswirkungen der Beratungsangebote auf die Gesundheitskompetenz der Betroffenen und auf die Ergebnisqualität unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengleichheit untersuchen zu können, ist eine Evaluation vorgesehen. Über das Ergebnis der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung, zu berichten.

Eine Evaluation erfolgt zudem insoweit, als der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 73 Absatz 6 Satz 2 über die Entwicklung der abgerechneten nichtärztlichen Leistungen sowie über die Versorgungsqualität im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren zu berichten hat. Der Bewertungsausschuss hat alle drei Jahre zu berichten, erstmalig zum ersten Tag des 30. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen lässt die Richtlinie über Kennzahlen und Informationen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Kranken- und Pflegekassen nach § 217f Absatz 4 SGB V in Verbindung mit § 53 SGB XI sowie deren

Umsetzung extern evaluieren. Über das Ergebnis der Evaluation legt er dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens drei Jahre nach erstmaliger Veröffentlichung der Kennzahlen einen Bericht vor.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Die Regelung dient der Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich von Kindern und Jugendlichen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können und daher regelmäßig in einem Sozialpädiatrischen Zentrum im Sinne des § 119 betreut werden. Eine regelmäßige Betreuung liegt vor, wenn das Kind mindestens einmal ärztliche oder nichtärztliche Leistungen unter ärztlicher Aufsicht in dem Sozialpädiatrischen Zentrum in Anspruch genommen hat, in welchem der empfehlende Arzt oder die empfehlende Ärztin tätig ist. Zur bestmöglichen Unterstützung der kognitiven und motorischen Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen, zur Sicherung ihrer Teilhabe sowie einer möglichst selbständigen Lebensführung und damit einhergehender Lebensqualität sowie zur Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen ist eine zeitnahe Versorgung der Betroffenen mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln von großer Wichtigkeit.

In Sozialpädiatrischen Zentren im Sinne des § 119 werden Kinder und Jugendliche unter ärztlicher Leitung regelmäßig intensiv interdisziplinär betreut. Dabei wird auch Art und Umfang der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit notwendigen Hilfsmitteln fortlaufend geprüft. Eine regelhafte gesonderte Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit der dabei beantragten Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen und eine Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur sozialmedizinischen Begutachtung kann im Falle einer Empfehlung durch den im Sozialpädiatrischen Zentrum tätigen behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin angesichts der Eilbedürftigkeit der Hilfsmittelversorgung bei sich in stetigem Wachstum befindlichen Kindern und Jugendlichen unterbleiben. Die Krankenkassen haben in den vorgenannten Fällen von einer medizinischen Erforderlichkeit auszugehen, soweit nicht offenkundig ist, dass eine medizinische Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung nicht vorliegt.

Eine konkrete Empfehlung im Sinne der vorstehenden Norm kann jede verkörperte Erklärung des im Sozialpädiatrischen Zentrums tätigen behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin sein, die erkennen lässt, dass die beantragte Hilfsmittelversorgung für notwendig erachtet wird. Um Fehlversorgungen zu vermeiden, soll die Empfehlung bei Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 92 Absatz 7h neu, mit der den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt wird. Das allgemeine Beteiligungsrecht kann daher entfallen.

Zu Nummer 3

Der Begriff des „Gesundheitskioskes“ hat sich in Projekten, die vom Innovationsfonds gefördert wurden, für Einrichtungen etabliert, die im Hinblick auf verschiedenste Gesundheitsleistungen Beratungen anbieten und durch die ein (strukturierter) Zugang zu einer adäqua-

ten medizinischen Versorgung geschaffen werden soll (bspw. durch Überwindung sprachlicher Hürden). Damit wird die Gesundheit erhalten, wiederhergestellt oder der Gesundheitszustand verbessert, was gem. § 1 SGB V eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft ist. Zudem wird durch „Gesundheitskioske“ die individuelle Gesundheitskompetenz der Beratenen gestärkt, bspw. im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie der Gesundheitsförderung oder durch Erläuterung und Übersetzung von Diagnosen durch Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen und zur Orientierung und Navigation im Gesundheitswesen. Ziel ist es, dass jeder Mensch unabhängig von seinem sozialen Status die gleichen Gesundheitschancen erhält. Um dies zu gewährleisten, besteht insbesondere in Regionen mit einem hohen Anteil von Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen oder in Regionen mit einem hohen Anteil an nicht deutschsprachigen Einwohnerinnen und Einwohnern ein Bedarf für eine niedrigschwellige Anlaufstelle. Der Sachverstand der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und das Wissen der Kommunen um die Besonderheiten vor Ort ergänzen sich hier zu einem umfassenden Beratungsangebot.

Während in der Aufbauphase die Beratungsaufgaben des Kioskes im Mittelpunkt stehen und bei Bedarf medizinische Routineaufgaben durch qualifiziertes Personal im Rahmen ärztlicher Delegation durchgeführt werden können (hierzu näher Absatz 2), sollen in den Gesundheitskiosken perspektivisch auch Aufgaben der ergänzenden Primärversorgung wahrgenommen werden; dies soll insbesondere der Entlastungen von Ärztinnen und Ärzten dienen und einen Beitrag dazu darstellen, die Versorgung bei einem absehbaren Hausarztmangel auch langfristig sicherzustellen. Voraussetzung hierfür ist, dass für die konkreten Tätigkeiten gezielt qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Gleichzeitig eröffnen diese neuen Tätigkeiten für Pflegefachpersonen auch neue Entwicklungs- und Karrierechancen und können zu einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes beitragen. Außerdem sollen sich die Gesundheitskioske perspektivisch auch zu kommunalen Kompetenzzentren für Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln, in denen die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Kommunen, insbesondere mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst über die Leistungen nach § 20a SGB V zur Gesundheitsförderung und Prävention in den kommunalen Lebenswelten beraten und diese koordinieren.

Zu Absatz 1

Um ein Angebot in Regionen, die einen Bedarf haben, zu etablieren, werden die Krankenkassen auf Landesverbandsebene verpflichtet, gemeinsam mit den Kreisen oder kreisfreien Städten „Gesundheitskioske“ einzurichten. Das Initiativrecht für die Errichtung eines Kioskes liegt dabei bei den Kreisen oder kreisfreien Städten. D.h. diese können von den Landesverbänden der Krankenkassen den Abschluss eines schiedsfähigen Vertrages nach Absatz 3 verlangen und damit die Errichtung eines Kioskes initiieren, sofern dabei eine enge Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst gewährleistet ist. Die Kioske sollen in sozial benachteiligten Regionen errichtet werden. Maßstab hierfür kann z. B. ein hoher Anteil an Empfängern von staatlichen Transferleistungen wie Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe sowie ein hoher Anteil an wohnungslosen Menschen sein. Auch ein hoher Anteil an nicht deutschsprachiger Bevölkerung kann Indiz für eine sozial benachteiligte Region sein. Es können auch mehrere Kioske pro Kreis oder kreisfreier Stadt errichtet werden. Perspektivisch soll ein Kiosk die Beratung für ca. 80.000 Einwohnerinnen und Einwohner sicherstellen. Der Gesundheitskiosk kann auch in Kooperation der Krankenkassen mit mehreren Kreisen oder kreisfreien Städten eingerichtet werden, wenn z. B. in ländlichen Regionen mobile Versorgungsangebote kreisübergreifend die Leistung anbieten. Da das Angebot allen Bewohnerinnen und Bewohnern der teilnehmenden Kommunen unabhängig vom Versichertenstatus zur Verfügung steht (Absatz 2 Satz 4), müssen sich auch die privaten Krankenversicherungen beteiligen. Hinsichtlich Nicht-Versicherter besteht in der Regel bereits eine Zuständigkeit der teilnehmenden Kommunen. Weitere Sozialleistungsträger, die Präventions- oder Beratungsleistungen erbringen, wie z. B. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, können sich an den Kiosken beteiligen.

Wenn eventueller Pflegebedarf erkennbar wird oder wenn pflegende Angehörige sich an den „Gesundheitskiosk“ wenden, ist vorrangig auf die Beratungsstrukturen der Pflegeversicherung aufmerksam zu machen und ggf. dorthin zu vermitteln – insbesondere im Hinblick auf die Beratung in bestehenden Pflegestützpunkten (§ 7c SGB XI) oder die Pflegeberatung der Pflegekassen, die auf Wunsch auch aufsuchend zu Hause stattfindet, sowie auf Wunsch ebenfalls gegenüber Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung (§ 7a SGB XI). Insoweit ist die Möglichkeit der Pflegekassen, sich an dem Angebot der Gesundheitskioske zu beteiligen, als nachrangig (siehe dazu auch Absatz 2 Satz 3) zu betrachten. Das schließt nicht aus, dass sich „Gesundheitskioske“ und vor Ort bestehende Pflegestützpunkte vernetzen, um die jeweiligen Beratungsprozesse sinnvoll aufeinander aufbauen zu können.

Da es sich bei der Gesundheitsförderung um eine Aufgabe handelt, die sowohl die Zuständigkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der Kommunen und des bei den Kommunen angesiedelten ÖGD betrifft, ist als Voraussetzung für die Errichtung eines Gesundheitskiosks eine enge Kooperation mit dem ÖGD zu gewährleisten (z. B. Mitwirkung bei Prävention und Gesundheitsförderung, Durchführung von Impfungen in den Räumen des Kioskes im Rahmen der bestehenden Delegationsmöglichkeiten). Gesundheitskioske sollen an die vielfältigen vorhandenen kommunalen Strukturen und Einrichtungen anknüpfen, Ressourcen und Synergien sollen sinnvoll genutzt werden. Denkbar sind beispielsweise Kooperationen mit kommunalen Beratungsstrukturen, wie Jugendämtern, Familienzentren, kinder- und jugendärztlichen Diensten, sozialpsychiatrischen Diensten, Integrationszentren, Ämtern für Familie und Jugend, Ämtern für Soziale Dienste, Koordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“, Stadtteil-/Quartiersmanagementbüros, Netzwerk Frühe Hilfen etc.

Zu Absatz 2

Der Schwerpunkt der Aufgaben der Kioske liegt in der Beratung, um insbesondere die Navigation der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen zu verbessern sowie die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Der Kiosk hilft bei der Suche nach den passenden Angeboten, ggf. begleitet er die Betroffenen zu Arztbesuchen. Er hilft, die verschiedenen Sozialleistungsbereiche besser zu verzahnen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Prävention und Gesundheitsförderung. Der Kiosk kann hier z. B. zertifizierte Präventionsangebote vermitteln, Präventionsangebote über Netzwerkpartner zur Verfügung stellen, aktiv auf die Verhaltens- und Verhältnisprävention einwirken, Informationsveranstaltungen über das Gesundheitswesen und zu Gesundheitsthemen anbieten oder Räumlichkeiten zur Verfügung stellen. Dabei sollen auch die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Personengruppen in den Blick genommen werden, so dass beispielsweise auf bestimmte Zielgruppen zugeschnittene Präventionsangebote bekannt gemacht werden oder solche, die auf besondere Belange Rücksicht nehmen, beispielsweise von pflegenden Angehörigen, Alleinerziehenden, arbeitslosen Menschen, Menschen in Mindestsicherung oder Menschen mit Migrationshintergrund. Sofern medizinisch angezeigt, sollen die Gesundheitskioske Empfehlungen für Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 oder für andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention, wie die vom Deutschen Olympischen Sportbund e.V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder für Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung ausstellen. Bei diesen Angeboten ist die räumliche Nähe zum Wohnort zu berücksichtigen. Der Verweis in Absatz 2 Nummer 2 auf die entsprechende Anwendung des § 20 Absatz 5 Satz 2 stellt sicher, die Präventionsempfehlung eines Gesundheitskiosks von den Krankenkassen bei der Entscheidung über diese Leistungen zu berücksichtigen. Die Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsprüfung ein. Damit wird dazu beigetragen, dass Präventionsleistungen gezielt diejenigen Menschen erreichen, die sie benötigen. Auch soll über Angebote zur Früherkennung von Krankheiten (Sekun-

därprävention), wie z. B. von bestimmten Krebserkrankungen, sowie über rehabilitative Angebote (Tertiärprävention), wie z. B. Herzsportgruppen, informiert und hierzu beraten werden.

Im Rahmen der Beratung und Unterstützung geht es darum, den medizinischen und sozialen Bedarf zu ermitteln und dabei auch Angebote zur Förderung der Gesundheit zu vermitteln, die über rein medizinische Versorgung hinausgehen (z. B. Sportvereine). Damit die Vermittlung von ärztlichen Behandlungsterminen gelingt, kann in den Verträgen beispielsweise der Aufbau bzw. die Nutzung eines Netzwerkes von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern vorgesehen werden. Dadurch wäre zugleich sichergestellt, dass Ärztinnen und Ärzte für die Übertragung delegationsfähiger Tätigkeiten auf die Gesundheitskioske zur Verfügung stehen. Dabei ist sicherzustellen, dass das Angebot des Gesundheitskiosks koordiniert mit vergleichbaren Angeboten, etwa mit denen der von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebenen Terminservicestellen (TSS), erbracht wird. Auch sollen die Patientinnen und Patienten bei Bedarf über die ohne vorherige Terminvereinbarung angebotenen offenen Sprechstunden informiert werden, die insbesondere von Fachärztinnen und Fachärzten der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung abgehalten werden. Hierfür können die im Internet zu den offenen Sprechstunden veröffentlichten Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen herangezogen werden. Bei der Beratung zu und der Vermittlung von Leistungen zur medizinischen Behandlung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme, sollen auch telemedizinische Leistungen, wie etwa die Videosprechstunde oder die Möglichkeit der Nutzung von Telekonsilen zum Beispiel für das Einholen einer Zweitmeinung, berücksichtigt werden. Dabei können im Rahmen der Gesundheitskioske sowohl eine Beratung über ambulante telemedizinische Leistungen als auch die Anleitung zu deren Inanspruchnahme stattfinden. Durch die Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Vertrags nach Absatz 3 kann unter anderem gewährleistet werden, dass die Leistungen der Gesundheitskioske die Angebote der TSS sinnvoll ergänzen können.

Die Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme beinhaltet ein umfassendes „case management“ einschließlich der Unterstützung und Nachbetreuung bei Arztbesuchen und der Überwindung von Sprachbarrieren.

Soweit im Einzelfall Beratungsbedarf durch die Pflegekassen besteht, ist auf deren Beratungsangebote hinzuweisen. Diese Vorgabe geht einer Beteiligung der Pflegekassen an den Gesundheitskiosken vor, schließt aber eine Vernetzung bestehender Beratungsstellen nicht aus (siehe auch Begründung zu Absatz 1).

Synergien, Kooperationen oder die Beteiligung anderer in dem Themenbereich tätiger Akteure wie z. B. der Clearingstellen sollen bei der Etablierung der Gesundheitskioske geprüft werden.

Das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 SGB V, wonach Leistungserbringer verpflichtet sind, in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen eine sachgerechte Anschlussversorgung an eine vorangegangene Versorgung sicherzustellen, bleibt unberührt. Primäre Aufgabe des Kioskes ist es, zu beraten und Zugang in die präventive und kurative Gesundheitsversorgung zu organisieren. Überschneidungen mit den jeweiligen Aufgabenbereichen anderer Verantwortlicher sind zu vermeiden.

Eine Teilaufgabe ist auch die Klärung von gesundheitlichen und sozialen Angelegenheiten und die Bildung von Netzwerken, in dem alle Anbieter zusammengeschlossen sind, die für die weitere Versorgung einschließlich kommunaler Angebote erforderlich sind.

In den Innovationsprojekten zum Gesundheitskiosk hat es sich sowohl als arzt- als auch als patientenentlastend erwiesen, dass entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal medizinische Routineleistungen in den Kiosken erbringt. Denkbar sind z. B. die Durchführung von Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, Blutdruck und Blutzucker

messen, Verbandswechsel, Wundversorgung und subkutane Injektionen. Voraussetzung bei delegierbaren Leistungen ist, dass diese Leistungen von Ärztinnen und Ärzten veranlasst und verantwortet werden. Dies kann sowohl durch Ärztinnen und Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, als auch durch Ärzte des ÖGD geschehen. Denkbar ist auch, dass zukünftig qualifiziertes Pflegepersonal Folgeverordnungen für Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Häusliche Krankenpflege und Überweisungen an Fachärztinnen und -ärzte ausstellt. Als erster Anknüpfungspunkt könnte der Katalog übertragbarer ärztlicher Tätigkeiten und therapeutisch-pflegerischer Aufgaben des Rahmenvertrags zu den verpflichtenden Modellvorhaben nach § 64d SGB V herangezogen werden.

Die Leitung des Gesundheitskioskes übernimmt eine Pflegefachkraft. Hierunter fallen alle Personen, die über die Erlaubnis zum Führen einer der folgenden Berufsbezeichnungen verfügen: Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin oder Altenpfleger oder Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, perspektivisch Pflegefachkräfte mit Heilkundekompetenz im Sinne von community health nursing. Die Leitung des Gesundheitskioskes entwickelt diesen unter Anwendung entsprechender Kriterien zu einer gesundheitskompetenten Organisation, die den Zugang zu und das Verständnis für Gesundheitsinformationen für die Zielgruppe insbesondere im Hinblick auf die praktische Anwendung von Gesundheitsinformationen systematisch erleichtert.

Zu Absatz 3

Über die Einzelheiten des Betriebs des Gesundheitskioskes schließen die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. unter Berücksichtigung der in Absatz 2 beschriebenen Aufgabenstellung einen Vertrag (Einzelvertrag). In den Verträgen ist auch die Finanzierung zu regeln, für die ein Rahmen vorgegeben wird. In die Finanzierungsregelungen einzubeziehen sind insbesondere die Kosten für die unmittelbar erbrachten Leistungen, die Aufwendungen für das eingesetzte Personal, die Aufwendungen für den Erbringungsort der Leistungen einschließlich der technischen Ausstattung und für die Durchführung der Evaluation gemäß Absatz 4. Die Leistung kann auch in Räumen der Krankenkasse oder der Kommunen, z. B. in den Räumen des ÖGD, erbracht werden. Denkbar sind auch mobile Leistungsorte, etwa Busse, die das Angebot zur Bevölkerung transportieren. Sinnvoll ist dies insbesondere in ländlichen Regionen. Bei der Finanzierung ist die Verantwortungsverteilung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung und Kommunen zu berücksichtigen.

Während die gesetzliche Krankenversicherung gemäß § 1 Absatz 1 SGB V für den Erhalt, die Wiederherstellung und die Verbesserung des Gesundheitszustands zuständig ist, liegt der Verantwortungsbereich der Kommunen in der allgemeinen Daseinsvorsorge. Die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst zudem die Förderung der Gesundheitskompetenz der Versicherten. Allerdings sind die Zuständigkeiten zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kommunen nicht immer trennscharf abzugrenzen. Um die Verhandlungen zu erleichtern, soll daher eine pauschale Kostenverteilung gewählt werden.

Da sich die allgemeine Aufgabenbeschreibung der gesetzlichen Krankenversicherung zu großen Teilen mit den Aufgaben des Gesundheitskioskes deckt, ist es sachgerecht, dass die gesetzlichen Krankenkassen 74,5 Prozent der Aufwendungen für die Kioske tragen. Der von den Kommunen verantwortete Teil der Daseinsvorsorge ist durch den pauschalen Finanzierungsanteil von 20 Prozent abgedeckt. Entsprechend des Versichertenanteils an der Gesamtbevölkerung abzüglich eines Anteils zur Berücksichtigung der Beihilfeberechtigten sollten die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sich mit 7 Prozent des Finanzierungsanteils beteiligen, den die gesetzliche und private Krankenversicherung gemeinsam tragen. Dies entspricht 5,5 Prozent der Gesamtkosten. Die Kostenregelung zwischen den Kommunen und den Krankenversicherungen kann auch von dieser Aufteilung abweichen oder konkrete leistungsbezogene Kostenteilung vorsehen. Ggf. können die Anteile

auch durch die Zurverfügungstellung von Räumen oder Personal erbracht werden. Ein Schiedsverfahren stellt sicher, dass die Verträge zustande kommen.

Die von den Krankenkassen zu tragenden Kosten sind als nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben bei den Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen.

In den Verträgen sind zudem die Einzelheiten für eine enge Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu konkretisieren. Hierdurch soll der Aufbau von Doppelstrukturen verhindert und die Einzelheiten für eine Kooperation bei Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zum Beispiel bei der Durchführung von Impfungen in den Räumen des Gesundheitskioskes, festgelegt werden.

Zu Absatz 4

Die Beteiligten nach Absatz 1 beauftragen einen unabhängigen Dritten mit der wissenschaftlichen Evaluation der Beratungsangebote. Ziel ist es, die Auswirkungen der Beratungsangebote auf die Gesundheitskompetenz der Betroffenen zu untersuchen, beispielsweise, ob die Beratung dabei geholfen hat, die passenden medizinischen oder Präventions- sowie Gesundheitsförderungsangebote zu finden und zu nutzen. Untersucht werden sollte ebenfalls, ob Präventionsangebote oder Leistungserbringer erst aufgrund der Beratung in Anspruch genommen oder bestimmte Untersuchungen durchgeführt wurden und somit langfristig Kosten eingespart werden konnten. Insgesamt sollten die Auswirkungen auf die Versorgungserbringung evaluiert werden, zu denen ein verbesserter Zugang zu Versorgung, die Entlastung der Krankenhäuser sowie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die Vernetzung und die Versorgungspfade gehören. Die Finanzierung der Evaluation soll anteilig von den Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 und 2 getragen werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen berichten gemeinsam dem Bundesministerium für Gesundheit schriftlich alle drei Jahre, erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung, über das Ergebnis der Evaluation.

Zu Nummer 4

Die hausärztliche Versorgung steht vor besonderen Herausforderungen. Zum einen wird es insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zunehmend schwieriger, Hausärztinnen und Hausärzte für eine Niederlassung zu gewinnen. Zum anderen führt die demographische Entwicklung insbesondere dort zu einer Zunahme älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten, sodass sich auch die inhaltlichen Anforderungen an die medizinische Grundversorgung wandeln. Erforderlich ist daher ein breiter, koordinierter Ansatz, der auch die Verbindung zu sozialer Beratung und Unterstützung herstellt. Zudem soll durch eine vernetzte und kooperativ aufgestellte Zusammenarbeit sowie die Unterstützung und Entlastung der ärztlichen Arbeit durch nichtärztliche Fachkräfte die Attraktivität zur Niederlassung in Regionen mit Versorgungsschwierigkeiten gesteigert werden.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Ausgangslage und positiven Erfahrungen in zahlreichen Modellprojekten werden Primärversorgungszentren als neuer Versorgungsansatz nunmehr im SGB V eingeführt. Der Ansatz soll erstmals für Regionen zum Tragen kommen, in denen Versicherte vor besonderen Herausforderungen bei der Erfüllung ihrer medizinischen und sozialen Bedarfe stehen. Anerkannte Primärversorgungszentren können im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) zusätzliche Vergütungen erhalten, die insbesondere die Anstellung zusätzlicher nichtärztlicher Fachkräfte ermöglichen können.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden Primärversorgungszentren als Einrichtungen gesetzlich verankert und die Besonderheiten, die ein Primärversorgungszentrum auszeichnen, normiert. Danach haben Primärversorgungszentren neben der Versorgung nach § 73 Absatz 1 ein besonderes hausärztliches Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen, das durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist. Ziel ist es, dass nichtärztliche Fachkräfte des Primärversorgungszentrums dort, wo es nötig ist, Versicherte mit besonderen medizinischen und gegebenenfalls auch sozialen Bedarfen in gesteigertem Maße unterstützen. Hierzu gehört es zum Beispiel, sie bei der Therapie oder der Organisation der Versorgung intensiver zu begleiten und in einer Weise beratend und koordinierend zur Seite zu stehen, wie es in einer normalen hausärztlichen Praxis personell und zeitlich nicht leistbar ist. Zusätzliche nichtärztliche Fachkräfte können sich auch die Zeit nehmen, individueller auf die Versicherten einzugehen, deren gesundheitlichen Belange und auch belastende Lebensumstände besser zu erfassen und sie rechtzeitig, effektiv und effizient an die richtige Stelle innerhalb der vorhandenen Versorgungsstrukturen zu leiten. Hierdurch kann eine deutliche Verbesserung der Versorgung erreicht werden. Dies ist vor allem dann möglich, wenn entsprechend vernetzte Strukturen aufgebaut sind, die eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative Versorgung ermöglichen.

Damit bieten Primärversorgungszentren auch die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und ihnen mehr Zeit für die Wahrnehmung ihrer medizinischen Kernaufgaben einzuräumen. Insbesondere die Beschäftigung von nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie z. B. Pflegefachkräften oder medizinischen Fachangestellten (gegebenenfalls mit Zusatzqualifikation wie beispielsweise die einer Community Health Nurse) und die Kooperation mit nichtärztlichen Leistungserbringern (z.B. mit Heilmittelerbringern und Hebammen) und Gesundheitskiosken oder Kommunen dient der Umsetzung des intendierten breiten berufsgruppenübergreifenden Versorgungsansatzes.

Somit wird in Primärversorgungszentren zum einen „normale“ hausärztliche Versorgung nach den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen und zum anderen eine zusätzliche besondere hausärztliche Versorgung erbracht. Letztere ist – anders als die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b – der kollektivvertraglich organisierten Regelversorgung zuzuordnen. Inhaltlich können sich die zusätzlichen Versorgungselemente des § 73b SGB V und des neuen § 73a SGB V jedoch auch überschneiden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, wer ein Primärversorgungszentrum errichten kann. Hierzu sollen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren (MVZ) berechtigt sein. Diese müssen jeweils über mindestens drei volle hausärztliche Versorgungsaufträge verfügen. Diese vorgegebene Mindestgröße soll gewährleisten, dass ein Versorgungsumfang von gewissem Gewicht und eine Versorgungskontinuität gesichert sind. So kann z. B. ein Ausfall einer Ärztin oder eines Arztes des Primärversorgungszentrums über die Möglichkeit der internen Vertretung einfacher von den Übrigen aufgefangen werden.

Primärversorgungszentren können in Gebieten errichtet werden, in denen der Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung in Bezug auf die hausärztliche Versorgung festgestellt hat. Denn dort ist es für die Versicherten besonders schwierig, die medizinisch notwendige, ihnen zustehende Behandlung auch zu realisieren, auf die sie einen Anspruch haben. Umso wichtiger ist es, dass sie dort eine besondere Unterstützung erfahren. Häufig ist es in diesen Gebieten auch nicht immer leicht, entsprechend der medizinischen Notwendigkeit Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten und zu anderen nichtärztlichen Leistungserbringern zu erhalten. Insofern sind hier koordinierende Hilfen besonders wichtig. Die Arbeit in einem Primärversorgungszentrum bietet – insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte – auch die Möglichkeit, Bedürfnis-

sen nach flexiblen Arbeitsmodellen und einer Tätigkeit in Teamstrukturen Rechnung zu tragen. Im Hinblick darauf, dass es gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen oft schwer ist, Leistungserbringer für eine Niederlassung oder als Angestellte zu gewinnen, soll mit den Primärversorgungszentren ein attraktives Arbeitsumfeld insbesondere für junge Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch für andere Berufsgruppen geschaffen und damit ein positiver Impuls für benachteiligte Regionen erzielt werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 normiert die Anforderungen, die ein Primärversorgungszentrum erfüllen muss.

Nummer 1 sieht vor, dass das Primärversorgungszentrum eine Kooperationsvereinbarung mit einem Gesundheitskiosk nach § 65g SGB V abschließt, sofern es im jeweiligen Landkreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt einen solchen gibt. Diese Voraussetzung dient dazu, den Versicherten auch allgemeine Beratungs- und Unterstützungsangebote zur medizinischen, präventiven und sozialen Bedarfsermittlung zur Verfügung zu stellen. Dadurch erfolgt eine Verknüpfung der im Primärversorgungszentrum geleisteten medizinischen Versorgung mit den Beratungs-, Unterstützungs- und Koordinierungsangeboten der Gesundheitskioske. Sofern es im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt mehrere Gesundheitskioske gibt, können auch Kooperationsverträge mit mehreren Kiosken abgeschlossen werden. Inwiefern diese Möglichkeit umgesetzt wird, wird von den konkreten Gegebenheiten vor Ort, insbesondere auch der Erreichbarkeit der Kioske für Patientinnen und Patienten des Primärversorgungszentrums, abhängen.

Für den Fall, dass es keinen Gesundheitskiosk gibt, mit dem kooperiert werden kann, sind Primärversorgungszentren nach Nummer 2 verpflichtet, eine Kooperationsvereinbarung mit dem örtlich zuständigen Landkreis oder der örtlich zuständigen kreisfreien Stadt zu schließen. In dieser Kooperationsvereinbarung ist zu regeln, wie kommunale Dienste (z. B. des Gesundheitsamtes, sozialer Dienste oder des Jugendamtes) in das Primärversorgungszentrum integriert werden. Dies kann z. B. durch Bereitstellung von Räumen im Primärversorgungszentrum, in das die Kommune Mitarbeitende entsendet, geschehen.

Nummer 3 bringt den bereits angesprochenen berufsübergreifenden Kooperationsgedanken zum Ausdruck (s. Begründung zu Absatz 1). Primärversorgungszentren müssen eine breite Vernetzung, insbesondere eine Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten oder Einrichtungen der fachärztlichen Versorgung und mit nichtärztlichen Leistungserbringern, gewährleisten. Denn diese ermöglicht entsprechend dem koordinativen und kooperativen Ansatz eine effiziente und effektive Versorgungssteuerung, die auch zu dem angestrebten Ziel führt, eine zeitgerechte, den medizinischen Notwendigkeiten entsprechende Behandlung zu ermöglichen.

Nummer 4 stellt sicher, dass ein Primärversorgungszentrum auch die nach Absatz 5 von den Bundesmantelvertragspartnern zu vereinbarenden Anforderungen erfüllt. Dabei handelt es sich um personelle und sächliche, aber auch um sonstige Anforderungen wie zum Beispiel an die Qualifikation der nichtärztlichen Fachkräfte, zur Qualitätssicherung etc. (s. Begründung zu Absatz 5).

Zu Absatz 4

Absatz 4 sieht vor, dass die zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes, der Berufsausübungsgemeinschaft oder des MVZ überprüft und feststellt, ob sie beziehungsweise es die Anforderungen des Absatzes 3 erfüllt und als Primärversorgungszentrum anzuerkennen ist. Wenn die Voraussetzungen gegeben sind, muss die Kassenärztliche Vereinigung dem Antrag entsprechen.

Wandelt sich in einem Gebiet, für das eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde, die Versorgungssituation und hebt der Landesausschusses der

Ärzte und Krankenkassen seine Feststellung wieder auf, hat dies keinen Einfluss auf die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 4 und die Berechtigung zum Betrieb eines Primärversorgungszentrums.

Zu Absatz 5

In Absatz 5 wird den Bundesmantelvertragspartnern (Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der Krankenkassen) die Aufgabe übertragen, das gesetzgeberische Konzept von Primärversorgungszentren zu konkretisieren und Einzelheiten insbesondere zu Struktur, Aufgaben, Anforderungen und Qualität von Primärversorgungszentren zu regeln. Hierbei können Erfahrungen, die im Rahmen von Modell- und Pilotprojekten zu Primärversorgungszentren, Portzentren oder ähnlichen Einrichtungen gewonnen wurden, einfließen.

Im Bundesmantelvertrag ist Näheres zu den Inhalten und Zielen der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und kooperativen medizinischen Versorgung in den Primärversorgungszentren zu vereinbaren (Nummer 1). Dieser Regelungsauftrag überträgt den Bundesmantelvertragspartnern die Konkretisierung der wesentlichen Rahmenbedingungen der neuen Versorgungsform. Festzulegen ist insbesondere, welche Art von Unterstützung durch nichtärztliche Fachkräfte (z. B. Pflegefachkräfte, qualifizierte medizinische Fachangestellte o. ä.) ein Primärversorgungszentrum anbieten muss, um als solches anerkannt zu werden. Bei der Zielformulierung sind entsprechend dem breiten Versorgungsansatz von Primärversorgungszentren nicht nur eine Verbesserung der kurativen Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch Verbesserungen im präventiven und sozialen Bereich in den Blick zu nehmen. Durch verstärkte Kooperationen, Koordination und Vermittlungen soll erreicht werden, dass auch diese Bedarfe gedeckt werden.

Das besondere Versorgungsangebot des § 73a SGB V kann nur erbracht werden, wenn hierfür auch die erforderliche personelle und sächliche Mindestausstattung vorliegt. Um hier einheitliche Voraussetzungen zu schaffen, haben die Bundesmantelvertragspartner hierzu entsprechende Festlegungen zu treffen (Nummer 2). In Bezug auf das ärztliche Personal wird bereits im Gesetz (s. Absatz 2 Satz 1) vorgegeben, dass die errichtungsberechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer mindestens über drei volle hausärztliche Versorgungsaufträge verfügen müssen. Im Bundesmantelvertrag sind daher vornehmlich Festlegungen für das nichtärztliche Personal und für Ärztinnen und Ärzte allenfalls noch ergänzende Regelungen zu treffen.

Für die Frage, ob ein Primärversorgungszentrum die ihm obliegenden Aufgaben auch hinreichend erfüllen kann, ist nicht nur die Anzahl der dort tätigen Personen, sondern auch ihre Qualifikation entscheidend. Im Hinblick darauf, dass nichtärztliche Fachkräfte wesentliche, ein Primärversorgungszentrum kennzeichnende Aufgaben erfüllen, muss sichergestellt werden, dass diese auch von entsprechend qualifizierten Personen wahrgenommen werden. Deshalb sieht Nummer 3 vor, dass im Bundesmantelvertrag auch die Anforderungen an die Qualifikation zu regeln sind. Sofern es fachlich sinnvoll sein sollte, auch für die Ärztinnen und Ärzte bestimmte zusätzliche Qualifikationen vorzusehen (z.B. eine spezifische Fortbildung), ist dies ebenfalls im Bundesmantelvertrag zu regeln.

Eine breite und gute Vernetzung der Primärversorgungszentren mit anderen Leistungserbringern ist Grundvoraussetzung dafür, dass Patientinnen und Patienten die von ihnen benötigte medizinisch notwendige Behandlung in adäquater Zeit erhalten. Eine individuelle Versorgungssteuerung kann nur erfolgreich sein, wenn das Primärversorgungszentrum gut mit anderen, in der Umgebung tätigen Leistungserbringern zusammenarbeitet. Deshalb ist in Nummer 4 vorgesehen, dass die Bundesmantelvertragspartner auch die Anforderungen konkretisieren, die an die Kooperation mit anderen Leistungserbringern gestellt werden. Denn funktionierende Kooperationen mit Ärztinnen und Ärzten oder Einrichtungen der fachärztlichen Versorgung, die auch die wichtigsten Fachgebiete abdecken, und mit nichtärztli-

chen Leistungserbringern (z.B. Heilmittelerbringern und Hebammen) wirken sich unmittelbar positiv auf die Versorgung der Versicherten aus. Dabei sollen insbesondere auch die bestehenden Möglichkeiten der telemedizinischen Leistungserbringung wie Telekonsile, Videosprechstunden oder telemedizinische Fallkonferenzen berücksichtigt werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben auch zu bestimmen, welche Maßnahmen ein Primärversorgungszentrum über die ohnehin für ärztliche Leistungserbringer bereits geltende Verpflichtung zur Qualitätssicherung hinaus zusätzlich zu ergreifen hat, damit die besonderen Versorgungselemente auch qualitätsgesichert erbracht werden (Nummer 6).

Absatz 5 eröffnet mit der nicht abschließenden Aufzählung auch die Möglichkeit, über die in Absatz 5 Nummern 1 bis 6 genannten Regelungsgegenstände hinaus weitere Einzelheiten zu regeln, die für das untergesetzliche Detailkonzept von Bedeutung sind.

Sofern die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sich nicht auf die nach Absatz 5 zu treffenden Regelungen einigen können, legt das Bundesschiedsamt den Vertragsinhalt fest.

Zu Absatz 6

Für ärztliche und delegationsfähige Leistungen im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren gilt der EBM. Absatz 6 sieht einen Auftrag an den Bewertungsausschuss vor, auf Grundlage der Vereinbarung der Bundesmantelvertragspartner nach Absatz 5 den EBM insbesondere im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung durch die Bundesmantelvertragspartner anzupassen. Darüber hinaus erhält der Bewertungsausschuss den Auftrag, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Entwicklung der abgerechneten nichtärztlichen Leistungen sowie über die Versorgungsqualität im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a und b

Die Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur jährlichen Berichterstattung an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über die Einhaltung der Fristen wird zum einen dahingehend erweitert, dass die Berichtspflicht neben den Verfahren, für die eine gesetzliche Frist vorgegeben ist, auch Verfahren umfasst, die länger als zwei Jahre, anstatt bislang drei Jahre, andauern. So soll ein Anreiz geschaffen werden, die Verfahrensdauer weiter zu verkürzen und die Verfahren zu beschleunigen. Zum anderen wird der Umfang der Berichtspflicht dergestalt eingeschränkt, dass der G-BA nicht mehr verpflichtet ist, die von ihm zur Straffung der Verfahren vorgenommenen Maßnahmen sowie die Gründe für die Überschreitung der gesetzlichen Fristen und die Verfahrensverzögerungen über zwei Jahre hinaus im Einzelnen darzulegen. Damit soll der Darlegungsaufwand für den G-BA reduziert werden. Unbenommen bleibt es dem G-BA aber, aus Gründen der Transparenz zusätzliche Ausführungen zu den ergriffenen Maßnahmen und den Gründen der Fristüberschreitung oder Verfahrensverzögerung vorzunehmen.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Mit der Neufassung des Absatzes 1b wird den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden

der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene nach § 134a Absatz 1 Satz 1 ein Beteiligungsrecht bei den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA eingeräumt. Dies umfasst das Recht auf Mitberatung in den Gremien des G-BA. Hebammen erbringen ihre freiberufliche Tätigkeit nicht auf ärztliche Veranlassung, sondern vollständig eigenverantwortlich. Gleichwohl enthalten die Mutterschafts-Richtlinien auch Vorgaben zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Hebammen und Regelungen zur Abgrenzung der Aufgabenbereiche, die eine Mitberatung der betreffenden Verbände in den Gremien rechtfertigen. Sofern auf dieses unmittelbare Mitberatungsrecht verzichtet wird, ist den betreffenden Verbänden vor der Entscheidung des G-BA wie bereits bisher nach geltendem Recht Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Den Vertretungen der Hebammen steht insoweit wahlweise das Mitberatungsrecht oder das Stellungnahmerecht zu. Zudem wird geregelt, dass die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zu den Mutterschafts-Richtlinien haben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe b

Mit der Einfügung eines neuen Absatzes 1c wird geregelt, dass die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die Richtlinie zur Kryokonservierung sowie die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch haben. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung in Absatz 4 wird geregelt, dass die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Kinder-Richtlinie, die Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung, die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme haben. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen. Bei Entscheidungen über die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme erhalten zudem die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren ein Stellungnahmerecht.

Zu Buchstabe d

Mit der Ergänzung in Absatz 5 wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Rehabilitations-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe e

Mit der Ergänzung in Absatz 6 wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Heilmittel-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stel-

lungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe f

Mit der Ergänzung in Absatz 6a wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Psychotherapie-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe g

Mit der Ergänzung in Absatz 6b wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe h

Mit der Ergänzung in Absatz 6c wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe i

Mit der Ergänzung in Absatz 7b wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe j

Mit der Ergänzung in Absatz 7c wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Soziotherapie-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe k

Mit der Ergänzung in Absatz 7g wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe l

Mit dem neuen Absatz 7h wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt. Damit wird das bislang bestehende allgemeine Beteiligungsrecht bei Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung (vgl. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, § 136 Absatz 3, § 136a Absatz 5 Satz 5, § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V) dahingehend erweitert, dass der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe in den Gremien des G-BA Antrags- und Mitberatungsrechte zustehen. Dies umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Zudem besteht ein Einvernehmenserfordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss. Ferner wird das Antrags- und Mitberatungsrecht auch über den Bereich der Qualitätssicherung hinaus auf weitere Aufgabenbereiche des G-BA ausgedehnt, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen. Das Antrags- und Mitberatungsrecht besteht danach generell auch bei der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c und der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 14, bei denen die Berufsausübung der Pflegeberufe regelmäßig betroffen ist. Die Berufsausübung der Pflegeberufe kann darüber hinaus auch im Bereich der veranlassten Leistungen berührt sein. Dies können beispielsweise die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie oder auch die ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie sein. Der G-BA kann insoweit im Rahmen seiner Verfahrensordnung näher konkretisieren, welche der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 die Berufsausübung der Pflegeberufe generell berühren und für welche dies gegebenenfalls nur bei bestimmten Beschlussgegenständen gilt.

Um sicherzustellen, dass die unmittelbare Einbeziehung der Expertise der Pflege in die Beratungen des G-BA tatsächlich erfolgen kann, können die Person bzw. die Personen, die die Vertretung in den Sitzungen der Gremien des G-BA übernehmen, Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz, Ersatz des Verdienstausfalls sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung erhalten. Die Regelung erfolgt in Anlehnung an die entsprechenden Vorgaben für die Patientenvertretung.

Zu Nummer 7

Die Änderung zielt auf eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) insbesondere für Kommunen.

Nach § 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V ist ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH nur zulassungsfähig, wenn die Gesellschafter der GmbH für etwaige Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen Sicherheit leisten. Dies kann dadurch erfolgen, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben oder die in § 232 BGB vorgesehenen Sicherheitsleistungen erbringen.

Für den Fall der Abgabe einer Bürgschaftserklärung durch die Gesellschafter ist eine betragsmäßige Beschränkung der Bürgschaft nicht gesetzlich vorgesehen. Eine solchermaßen unbeschränkte Bürgschaft führt zunächst zu einer potenziellen Übersicherung der Kas-

senärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Darüber hinaus wird aus der Kommunalpraxis berichtet, dass die Kommunen aus kommunalrechtlichen Gründen keine unbeschränkten Bürgschaftserklärungen abgeben können und deshalb auf kostenpflichtige Bankbürgschaften angewiesen sind. Zwar können die Kommunen MVZ auch in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform gründen, deren Zulassung gerade nicht von einer Sicherheitsleistung abhängt. Seitens der Kommunen besteht jedoch ein gesteigertes Interesse, ein MVZ nicht in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform, sondern in der Rechtsform einer GmbH zu gründen. Schließlich sind auch die alternativ zu erbringenden Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB typischerweise auf eine bestimmte Höhe beschränkt, sodass die geltende Rechtslage bei identischem Sicherungsbedürfnis unterschiedliche Anforderungen an die Sicherheitsleistungen vorsieht, je nachdem, ob eine Gesellschafterbürgschaft oder eine andere Sicherheitsleistung erbracht wird.

Mit vorliegender Änderung wird geregelt, dass für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH als Sicherheitsleistung auch die Abgabe einer der Höhe nach begrenzten, selbstschuldnerischen Bürgschaft genügt, wie dies bereits bei den alternativen Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB der Fall ist. Die konkrete Höhe der zu übernehmenden Bürgschaft kann damit an die Umstände des Einzelfalls bzw. am jeweiligen Sicherungsbedürfnis der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen ausgerichtet werden. Hierbei können etwa die Anzahl der Arztstellen, die vorliegenden Facharztpraxen und die durchschnittlichen Regressbeträge der vertretenen Fachgruppen, der Honorarumsatz des MVZ sowie der Umsatz an verordneten Arznei- und Heilmitteln berücksichtigt werden. Die Regelung gilt auch für die Sicherheitsleistungen nichtkommunaler MVZ-Gründer.

An die Höhe der nach § 232 BGB abgegebenen Sicherungsmittel werden in der gegenwärtigen Zulassungspraxis teilweise unterschiedliche Anforderungen gestellt (etwa je Arztstelle zweifacher durchschnittlicher Jahresumsatz der im MVZ vertretenen Fachgruppe oder fünffacher Umsatz des MVZ). Zur Vermeidung ungleicher Zulassungsvoraussetzungen werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragt, mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils differenzierte Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der zu erbringenden Sicherheitsleistungen einschließlich der Gesellschafterbürgschaften festzulegen, an denen sich die Zulassungsausschüsse zu orientieren haben. Hierdurch soll die Zulassungspraxis vereinheitlicht und ein angemessenes Verhältnis des Sicherungsmittels zum Sicherungsinteresse der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls hergestellt werden. Die Festlegungen der Vereinbarungspartner zur Höhe der Sicherheitsleistungen gelten sowohl für Bürgschaftserklärungen der Gesellschafter als auch für die alternativen Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB. Vorgesehen ist, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung einerseits und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung andererseits getrennte Verträge mit dem GKV-Spitzenverband schließen, um etwaigen Besonderheiten im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich Rechnung tragen zu können.

Das Recht der Gesellschafter zur Begrenzung ihrer Sicherheitsleistungen besteht bereits im Zeitraum bis zum Inkrafttreten der Rahmenvereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Bis zu diesem Zeitpunkt ist davon auszugehen, dass die Zulassungsausschüsse ihre bisherigen Orientierungswerte zur Festlegung der Höhe der Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB zur Anwendung bringen.

Zu Nummer 8

In den Zulassungsausschüssen nach § 96 SGB V werden jährlich mehrere zehntausend Zulassungsverfahren bearbeitet, von denen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abhängt. Gemäß § 96 Absatz 2a haben die für die Sozialversicherung zuständigen

obersten Landesbehörden in zulassungsrechtlichen Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz ein Mitberatungsrecht. Hiervon umfasst sind auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Zulassungsausschüsse einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge.

Vorliegende Änderung zielt darauf ab, die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten der zuständigen Landesbehörden hinsichtlich der Entscheidungen der Zulassungsausschüsse zu erweitern. Entsprechend der Vorgaben des Koalitionsvertrages wird das bisherige Mitberatungsrecht zugunsten der zuständigen Landesbehörden um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt. Die Länder werden somit in die Lage versetzt, ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zu Geltung zu bringen, die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten und so beispielsweise zum Abbau von Überversorgung beizutragen. Zugleich ist aus Gründen der Versorgungssicherheit zu vermeiden, dass dieser zusätzliche Verfahrensschritt die Effektivität der Verfahrensbearbeitung und den zeitnahen Vollzug der Versorgungsentscheidungen der Zulassungsausschüsse beeinträchtigt.

Mit dieser Zielsetzung sieht die Neuregelung vor, dass die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse nach § 96 Absatz 2a im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu treffen sind. Das Einvernehmensefordernis wird folglich auf zulassungsrechtliche Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz beschränkt. Es handelt sich hierbei um Verfahren zur Entscheidung über Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen, Nachbesetzungsverfahren, zusätzliche Arztstellen auf Antrag der Landesbehörden sowie zur Befristung von Zulassungen und zur Verlegung von Arztsitzen oder Anstellungsgenehmigungen. Die bisherigen Regelungen, die auch ein Mitberatungsrecht der zuständigen Landesbehörden hinsichtlich der Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz vorsehen, werden somit konsequent weiterentwickelt.

Das Einvernehmen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden stellt sich als verwaltungsinterne Mitwirkungshandlung dar. Die Anrufung des Berufungsausschusses gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses bleibt damit sowohl im Fall des erklärten Einvernehmens als auch im Fall des versagten Einvernehmens durch die Landesbehörde möglich.

Zur Gewährleistung einer weiterhin effektiven Verfahrensbearbeitung und eines zeitnahen Vollzugs zulassungsrechtlicher Versorgungsentscheidungen hat die zuständige Landesbehörde ihr Einvernehmen in der Sitzung im Rahmen der Beschlussfassung zu erklären oder zu versagen. Aufgrund des weiterhin bestehenden Mitberatungsrechts ist gewährleistet, dass sich die zuständigen Landesbehörden umfassend über die Verfahrensinhalte informieren können.

Macht die zuständige Landesbehörde von ihrem Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung keinen Gebrauch oder gibt sie trotz Anwesenheit bei der Beschlussfassung keine ausdrückliche Erklärung hinsichtlich ihres Einvernehmens ab, so gilt ihr Einvernehmen als erteilt. Die Regelung ermöglicht den Landesbehörden eine flexible Handhabung des neuen Mitentscheidungsrechts sowie den Zulassungsausschüssen eine bürokratiearme Umsetzung und trägt dem Umstand Rechnung, dass die Landesbehörden auch ihr bisheriges Mitberatungsrecht in der Regel sehr zurückhaltend wahrgenommen haben. Aufgrund dieser Einvernehmensfiktion können die zuständigen Landesbehörden auch weiterhin punktuell entscheiden, an welchen Sitzungen sie teilnehmen und zu welchen Entscheidungen sie eine ausdrückliche Erklärung abgeben, ohne, dass sich eine unterbliebene oder stille Teilnahme verfahrensverzögernd auswirkt.

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Nach § 105 Absatz 1a Satz 1 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden. Mit vorliegender Regelung wird klargestellt, dass die Mittel des Strukturfonds auch dann verwendet werden können, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine drohende oder eingetretene Unterversorgung (§ 100 Absatz 1 Satz 1) oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf (§ 100 Absatz 3) nicht festgestellt hat.

In der Vergangenheit dienten die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen der Finanzierung von Fördermaßnahmen in Gebieten, für die die Landesausschüsse eine drohende oder eingetretene Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hatten. Der Anwendungsbereich der Strukturfondsmittel wurde jedoch bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juni 2015 erweitert, um den Kassenärztlichen Vereinigungen die Förderung zu erleichtern. Seitdem ist eine finanzielle Förderung aus dem Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bereits präventiv zu einem Zeitpunkt möglich, in dem ein Versorgungsdefizit noch nicht unmittelbar droht oder eingetreten ist. Aus der Kommunalpraxis wird indes berichtet, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährung von Strukturfondsmitteln teilweise von einer Unterversorgung abhängig machen. Vorliegende Regelung stellt daher klar, dass das Fehlen einer drohenden oder aktuellen Unterversorgung bzw. eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs keinen hinreichenden Ablehnungsgrund darstellt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 95 Absatz 2. Aufgrund der dadurch geänderten Satzzählung ist auch der bisherige Verweis auf die Sätze 7 bis 10 anzupassen.

Zu Nummer 10

Mit dem neuen Absatz 5a wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Mit dem neuen Absatz 5b wird dem G-BA aufgegeben, seine Verfahren zur Erarbeitung von Anforderungen für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer Erkrankung jeweils innerhalb von maximal einem Jahr abzuschließen. Ferner soll er in jedem Kalenderjahr für mindestens drei weitere Erkrankungen die Anforderungen für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung erarbeiten. Damit wird der weitere Ausbau der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die der Verbesserung der interdisziplinären und sektorübergreifenden Versorgung komplexer, schwer therapierbarer und seltener Erkrankungen dient, gefördert und unterstützt.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 92 Absatz 7h neu, mit der den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt wird. Das allgemeine Beteiligungsrecht kann daher entfallen.

Zu Buchstabe b

Mit der Ergänzung werden die Beteiligungsrechte zu den Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung erweitert. Mit dem neuen Satz 2 wird den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene nach § 134a Absatz 1 Satz 1 ein Beteiligungsrecht eingeräumt, soweit die Berufsausübung der Hebammen berührt ist. Dies umfasst das Recht auf Mitberatung in den Gremien des G-BA.

Zu Nummer 12

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 92 Absatz 7h neu, mit der den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt wird. Das allgemeine Beteiligungsrecht kann daher entfallen.

Zu Nummer 13

Um das Verfahren zur Erarbeitung von Richtlinien zu neuen strukturierten Behandlungsprogrammen zu beschleunigen, hat der G-BA die Erarbeitung innerhalb von zwei Jahren abzuschließen.

Zu Nummer 14

Zu Absatz 1

Zur Stärkung einer regional vernetzten, kooperativen Gesundheitsversorgung wird eine Regelung zur Bildung von Gesundheitsregionen verankert. Dabei werden unter Beachtung der Verantwortlichkeiten zur Daseinsvorsorge, der gewachsenen Strukturen und der regionalen Bedarfe Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Verfahrens- und Organisationsformen für Kommunen bzw. Verbände von Kommunen und Krankenkassenverbände (Vertragspartner der Gesundheitsregion) sowie teilnehmende Leistungserbringer im Rahmen ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgabenstellung erweitert und verbindlicher ausgestaltet. Ziele könnten sein, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden oder den Zugang zur regionalen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Um diese Ziele zu erreichen, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Möglichkeit, mit einem oder mehreren Kreisen einen Vertrag über die Bildung einer Gesundheitsregion zu schließen.

Die Kommunen sind für die Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen verantwortlich. Dazu zählt auch, den Zugang zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit zu gewährleisten und zu verbessern. Vor diesem Hintergrund erhalten die Kreise oder kreisfreien Städte einzeln oder gemeinsam ein Initiativrecht zur Errichtung einer Gesundheitsregion.

Ein Gesundheitsregionenvertrag stellt eine alternative Organisation der Regelversorgung ohne Einschreibepflicht der Versicherten und mit Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl dar. Über solche Verträge können aber regionale Aspekte stärker betont und Kommunen auf Grund ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge besser eingebunden werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 konkretisiert die Aufgaben der Gesundheitsregion. Angesichts der nicht immer trennscharf zu unterscheidenden Verantwortungsverteilung für den Zugang zur und die Sicherstellung der Versorgung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Kommunen ist ein wesentlicher Inhalt eines Vertrages die Bildung von Netzwerken der regionalen

Versorger und Hilfesysteme (gesetzliche Krankenkassen, Leistungserbringer) und der kommunalen Stellen, insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Insbesondere können dabei auch die Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe einbezogen werden. Der Aufbau einer Gesundheitsregion soll die gewachsenen Strukturen berücksichtigen und, wenn möglich, alle in der Region in der Gesundheitsversorgung Tätigen mit einbeziehen. Dies soll auch zur Entwicklung integrierter kommunaler Handlungsstrategien für Prävention und Gesundheitsförderung beitragen. Denkbar sind darüber hinaus sowohl Regelungen zur Verbesserung von Mobilität, um etwa in unterversorgten Regionen Patientinnen und Patienten zu den Versorgern zu bringen (z. B. Shuttle-Service), als auch Regelungen zum Ausbau des Versorgungsangebots vor Ort, z.B. durch eine Erhöhung des telemedizinischen Angebots oder die Ausweitung von zertifizierten Präventionsangeboten etwa durch Kooperationen oder das Bereitstellen von Räumlichkeiten.

In den Verträgen können auch Regelungen zur Vergütung getroffen werden. Insoweit erfolgt die Vergütung auf Grundlage der bestehenden Vergütungsregelungen. Soweit Abweichendes vereinbart wird, soll dies entsprechend der Modellvorhaben gemäß § 63 Absatz 3 SGB V oder der Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 2 SGB V geregelt werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

Zu Absatz 3

Wenn die Kommunen und Krankenkassen die Bildung einer Gesundheitsregion vereinbart haben, muss deren konkrete Umsetzung, etwa der Abschluss von Verträgen mit teilnehmenden Leistungserbringern oder die Begleitung eventuell vereinbarter besonderer Vergütungsvereinbarungen, organisiert werden. Die Vertragspartner einer Gesundheitsregion sind frei, wie sie die Organisation einer Gesundheitsregion (Management), umsetzen. Das Management kann je nach Vereinbarung aus dem entsprechenden Gesundheitsregionenvertrag von den beteiligten Krankenkassen, den Kommunen (ÖGD) oder von kommunalen Gesundheitskonferenzen übernommen oder an Organisationen des GKV-Systems (z.B. KV als Dienstleister oder Praxisnetze, die von den KVen anerkannt sind) übertragen werden. Externen (privaten) Managementgesellschaften kann – wie bereits jetzt in § 140a SGB V – ebenfalls das Management der Region übertragen werden. Managementgesellschaften sind aber nicht regelhaft als neue Akteure vorzusehen.

Mit der Gestaltungsverantwortung für eine Gesundheitsregion sollte auch die Finanzierungsverantwortung einhergehen. Daher tragen Kommunen und Krankenkassenverbände die Investitions- und Betriebskosten des Managements einer Gesundheitsregion je zur Hälfte. Bei der hälftigen Kostenaufteilung kann auch die Zurverfügungstellung von zum Beispiel Räumen oder Personal berücksichtigt werden. Die Bereitschaft der Kommunen zur finanziellen Beteiligung ist eine Voraussetzung zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion.

Zu Absatz 4

Die Kommune bzw. die Kommunen müssen als Initiatoren einer Gesundheitsregion in die Lage versetzt werden, regionale Defizite oder Verbesserungspotentiale zu identifizieren und auf dieser Grundlage unter Nennung der teilnehmenden Leistungserbringer qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsregion machen zu können. Dabei muss erkennbar sein, wie die Gesundheitsregion organisiert werden soll. Zur Erfüllung dieser Voraussetzungen könnte ein enger Austausch mit den Akteuren vor Ort, zum Beispiel den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), den Praxisnetzen, die von den KVen anerkannt sind oder den Krankenkassen vorgesehen werden. Auch die Erfahrungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit oder der kommunalen Gesundheitskonferenzen könnten hierbei einbezogen werden. Darüber hinaus können die Kommunen auf bestehende Daten

aus Veröffentlichungen etwa der KVen oder der Krankenkassen und auf die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder zurückgreifen.

Auf der Grundlage von qualifizierten Angaben zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsregion können die Kreise oder kreisfreien Städte von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verlangen, soweit der Antrag auf Aufnahme von Verhandlung die Vorgaben der weiteren Absätze erfüllt und die Kreise und kreisfreien Städte eine enge Kooperation mit den öffentlichen Gesundheitsdienst (beispielsweise bei subsidiären niederschweligen Gesundheitsangeboten, z.B. für Wohnungslose oder Geflüchtete, oder bei der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten) sicherstellen.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind nicht zum Abschluss von Verträgen verpflichtet, müssen aber – falls der Antrag der Kommune oder der Kommunen qualifiziert ist – entsprechend qualifiziert zurückweisen. Die jeweilige für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes kann im Falle der Ablehnung von Verhandlungen angerufen werden und entscheidet, ob Verhandlungen durchzuführen sind.

Zu Nummer 15

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzungen in Satz 5 wird klargestellt, dass die Patientenvertretung im G-BA auch bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und bei Beschlüssen nach § 136c ein Antragsrecht hat.

Zu Buchstabe b

Um die Rechte der Patientenvertretung im G-BA weiter zu stärken, damit die Belange der Patientinnen und Patienten besser berücksichtigt werden, erhalten die benannten Personen ein temporäres Vetorecht im Beschlussgremium des G-BA. Damit kann die Patientenvertretung einmalig eine Beschlussfassung verhindern und damit eine weitere Beratung der Thematik des Beschlusses erwirken. Dieser Beschluss soll im Falle der Ausübung des Vetorechts in den Gremien des G-BA erneut beraten werden und kann in der kommenden Plenumsitzung nochmals beschlossen werden. Ein erneut ablehnendes Votum der Patientenvertretung führt nicht erneut zu einer Hemmung, es sei denn, der Beschluss wurde maßgeblich geändert. Eine maßgebliche Änderung könnte eine inhaltliche Erweiterung oder Kürzung von Teilen des Beschlusses sein. Die benannten Personen müssen ihr ablehnendes Votum einheitlich abgeben.

Zu Nummer 16

Zu Satz 1

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ist gemäß der bisherigen Regelung des § 217f Absatz 4 Satz 1 ermächtigt, Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen zu treffen, und hierfür insbesondere Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarkings der Leitungs- und Qualitätsdaten zu erlassen. Durch die Neufassung von Satz 1 wird nunmehr klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband in diesem Bereich Richtlinien erlässt, die keiner weiteren Konkretisierung bedürfen. Daher kann der Begriff der Rahmenrichtlinie entfallen.

Gemäß § 53 Satz 1 des Elften Buches nimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr. Gemäß § 53 Satz 2 des Elften Buches gilt zudem § 217f entsprechend für den Bereich der Pflegeversicherung. Dies

gilt somit auch für die Neufassung von § 217f Absatz 4. Diese und die nachfolgenden Ausführungen gelten folglich entsprechend für die Pflegekassen und den Bereich der Pflegeversicherung.

Zu Satz 2

Der GKV-Spitzenverband als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung gemäß § 217a Absatz 2 unterliegt nach § 217d Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 87 Absatz 1 des Vierten Buches der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Satz 2 regelt, dass die Richtlinien nach Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen sind.

Zu Satz 3

Satz 3 ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Genehmigungsverfahrens ergänzende Stellungnahmen vom GKV-Spitzenverband anzufordern. Hierdurch soll dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit eingeräumt werden, umfassende Informationen über die der Richtlinie zugrundeliegenden Erwägungen zu den Inhalten der Richtlinie, insbesondere zu den Festlegungen der Kennzahlen und Qualitätskriterien, zu erhalten.

Zu Satz 4

Satz 4 verpflichtet den GKV-Spitzenverband, dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Richtlinie nach Satz 1 vorzulegen. Eine gesetzlich vorgegebene Frist ist erforderlich, um sicherzustellen, dass der Auftrag zeitnah umgesetzt wird.

Die Richtlinie hat GKV-weit geltende Vorgaben für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung relevanter Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festzulegen. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Vorgaben einheitlich und verbindlich sind und keiner Auslegung der einzelnen Krankenkassen bedürfen.

Ziel der Richtlinie ist es, für die Versicherten der Krankenkassen, aber auch für die interessierte Öffentlichkeit und die Politik, mehr Transparenz darüber zu schaffen, wie die Krankenkassen ihre Aufgabe nach § 1, ihre Versicherten im Krankheitsfall durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu unterstützen, erfüllen. Eine der Kernaufgaben der Krankenkassen ist dabei als Körperschaften des öffentlichen Rechts rechtsverbindliche Entscheidungen zu treffen über die Leistungsanträge ihrer Versicherten, die für deren gesundheitliche Versorgung von großer Bedeutung sind. Gleichzeitig sind die Krankenkassen verpflichtet, mit den Beiträgen der Versichertengemeinschaft wirtschaftlich umzugehen, Leistungsanträge bezogen auf den individuellen Bedarf hin zu überprüfen und eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. In vielen Fällen sind die Versicherten dabei auf eine fachgerechte Beratung und Begleitung sowie auf eine kurze Bearbeitungsdauer ihrer Krankenkasse angewiesen.

Neben Anträgen in den verschiedenen Leistungsbereichen, die eine Bewilligung der Krankenkassen erfordern, besteht eine weitere zentrale Aufgabe der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten darin, die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung ihrer Versicherten durch Aufklärung und Beratung zu fördern. Voraussetzung hierfür ist eine hohe Qualität der entsprechenden Beratungs- und Unterstützungsangebote der Krankenkassen, die unter anderem durch das Spektrum der Beratungsangebote und die fachliche Qualität der Beratenden sichergestellt werden muss.

Bezogen auf diese Kernaufgaben der Krankenkassen legt Satz 4 in den Nummern 1 bis 6 inhaltliche Bereiche für Kennzahlen fest, die mindestens in der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes abgedeckt sein müssen. Die Nummern 1 bis 6 stellen keine abschließende Aufzählung dar. Der GKV-Spitzenverband kann darüber hinaus weitere Kennzahlen festlegen und zusätzliche Informations- und Auskunftspflichten der Krankenkassen in der Richtlinie vorsehen. Zudem ist der Erlass weiterer Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband nach Satz 1 möglich.

§ 217f gilt gemäß § 53 Satz 2 des Elften Buches entsprechend für den Bereich der Pflegeversicherung. Dies gilt auch für die Neufassung von § 217f Absatz 4. Die nachfolgenden Ausführungen gelten somit entsprechend für die Pflegekassen und den Bereich der Pflegeversicherung.

Gemäß Nummer 1 sind verbindliche Vorgaben für die Erfassung von Leistungsanträgen, die die Versicherten bei ihrer Krankenkasse stellen, in der Richtlinie festzulegen. Hierbei sollen insbesondere Leistungsbereiche aufgenommen werden, in denen Krankenkassen Entscheidungsmöglichkeiten zu Leistungsanträgen ihrer Versicherten besitzen. Dies ist insbesondere in den Leistungsbereichen Hilfsmittel, Rehabilitation und Zahnersatz der Fall. Die jeweiligen Leistungsbereiche sind dabei einzeln auszuweisen. Eine weitere Differenzierung nach Unterbereichen oder nach einzelnen, für Versicherte besonders relevanten Leistungen kann ebenfalls durch den GKV-Spitzenverband vorgegeben werden. Zudem hat die Erfassung und Darstellung nach den Merkmalen, ob die Anträge genehmigt bzw. bewilligt oder abgelehnt wurden, zu erfolgen. Es sind sowohl die Anzahl der Anträge insgesamt als auch deren Bescheidung (Bewilligung oder Ablehnung) im Verhältnis zu den gestellten Anträgen zu erfassen.

In Nummer 2 wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, Vorgaben für die Erfassung der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer der Anträge festzulegen. Hierbei ist mindestens nach den nach Nummer 1 festgelegten Leistungsbereichen zu differenzieren. Eine Differenzierung hat nach den einzelnen, für die Anspruchsberechtigten besonders relevanten Leistungsarten in der Krankenversicherung zu erfolgen. Konkrete Leistungen, wie beispielsweise das Pflegebett als Hilfsmittel, das einen Antrag des Versicherten erfordert und dessen Antragsprüfung im Sinne des Versicherten möglichst schnell erfolgen sollte, können ebenfalls durch den GKV-Spitzenverband vorgegeben werden.

Nach Nummer 3 sind Vorgaben für die Erfassung der Anzahl der Widersprüche der Versicherten insgesamt sowie der Anzahl der aus Sicht der Leistungsberechtigten, also der Versicherten, erfolgreichen Widersprüche festzulegen. Im Sinne der Transparenz hat eine differenzierte Erfassung anhand der Bescheidung der Widersprüche zu erfolgen. Die Erfassung kann beispielsweise nach den Merkmalen „Bestätigung des Antrags des Versicherten durch Krankenkasse“, „Bestätigung des Antrags des Versicherten durch Widerspruchsausschuss“, „Bestätigung der Entscheidung der Krankenkasse durch Widerspruchsausschuss“, „Rücknahme durch Versicherten“ und „Sonstiges“ erfolgen. Gegebenenfalls könnte darüber hinaus transparent gemacht werden, wenn in einem Leistungsbereich in größerer Zahl Anträge auf Leistungen teilweise positiv beschieden wurden bzw. den Widersprüchen teilweise abgeholfen wurde.

Zudem sind die jeweiligen Verhältniszahlen auszuweisen. Die Zahl der erhobenen Widersprüche ist in das Verhältnis zu setzen zur Zahl der insgesamt gestellten Leistungsanträge; die Ergebnisse der Widersprüche sind in das Verhältnis zu setzen zu den insgesamt erhobenen Widersprüchen. Eine weitere Differenzierung hat nach Leistungsbereichen zu erfolgen.

In Nummer 4 wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, Vorgaben für die Erfassung der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer der Widersprüche festzulegen. Hierbei ist mindestens nach den nach Nummer 3 festgelegten Leistungsbereichen zu differenzieren.

Nummer 5 regelt, dass der GKV-Spitzenverband Vorgaben für die Erfassung der Anzahl der Klagen sowie der aus Sicht des Leistungsberechtigten und damit des Versicherten erfolgreichen Klagen festzulegen hat. Die Anzahl der Klagen ist in das Verhältnis zur Anzahl der eingelegten Widersprüche zu setzen; die Ergebnisse der Klagen sind in das Verhältnis zur Anzahl der Klagen zu setzen. Eine weitere Differenzierung hat nach Leistungsbereichen zu erfolgen.

Gemäß Nummer 6 hat der GKV-Spitzenverband verbindliche Vorgaben zu relevanten Kennzahlen zur Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten von Krankenkassen festzulegen. Diese sollten sich auf Struktur- und Prozessqualität erstrecken und können beispielsweise die Art und den Umfang der Beratungsangebote, ihre quantitative und qualitative personelle Ausstattung sowie die zeitliche Erreichbarkeit der Krankenkassen abbilden.

Die Buchstaben a bis c legen Mindestvorgaben zu den darzustellenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten fest und stellen keine abschließende Aufzählung dar. Der GKV-Spitzenverband kann darüber hinaus weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote der Krankenkassen in die Richtlinie aufnehmen.

Buchstabe a regelt, dass die Qualität der Beratungs- und Unterstützungsangebote zum Antragsprozess im Leistungsgeschehen zu erfassen ist. Ein Faktor zur Sicherung der Qualität kann beispielsweise die Anzahl entsprechend qualifizierter Ansprechpartner im Leistungsbereich einer Krankenkasse je 100.000 Versicherte sein. Ein weiterer Faktor kann die Angabe sein, wie häufig Mitarbeitende im jeweiligen Leistungsbereich geschult werden, um stets aktuelle Kenntnisse über die jeweils geltende Rechtslage zu besitzen.

Gemäß Buchstabe b hat der GKV-Spitzenverband verbindliche Vorgaben zur Transparenz über die Qualität des Beschwerdemanagements der Krankenkassen festzulegen. Ziel eines strukturierten Beschwerdemanagements ist es, Schwachstellen in der Arbeit der Krankenkassen systematisch zu erfassen, zu analysieren und schnellstmöglich zu beseitigen, um dauerhaft und verlässlich das Angebot der Krankenkasse für den Versicherten sicherzustellen. Der Umgang mit Beschwerden stellt damit immer auch ein wichtiges Qualitätssicherungsinstrument einer Krankenkasse dar. Transparenz hierüber können beispielsweise Informationen zur Prozess- und Strukturqualität, aber auch zu den Ergebnissen von Beschwerden und ihrer Bearbeitung herstellen.

Buchstabe c sieht vor, Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten, die die Krankenkassen ihren Versicherten zur Förderung der Patientensicherheit anbieten, zu erfassen. Insbesondere die Unterstützungsleistungen der Krankenkassen beim Verdacht auf einen Behandlungsfehler nach § 66 sind hierbei zu betrachten, beispielsweise wie hoch der Anteil der mit einem Gutachten näher untersuchten Fälle ist. Geeignet können auch Struktur- und Prozesskriterien sein, die abbilden, wie Patientensicherheit innerhalb der Geschäftsprozesse von Krankenkassen verankert ist.

Nummer 7 stellt klar, dass die Digitalisierung ein wichtiges Element im Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerb ist. Anhand ausgewählter Indikatoren soll der Erfolg der Krankenkassen bei der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtungen transparent gemacht werden. Wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Digitalisierung stellt dabei der Ausstattungsgrad der Versicherten mit NFC-fähigen elektronischen Gesundheitskarten einschließlich der erforderlichen PIN dar. Zugleich wird die erfolgreiche Einführung der elektronischen Patientenakte oder der digitalen Identitäten ein Bild über den erreichten Digitalisierungsgrad ermöglichen. Neben dem Ausstattungsgrad sind dabei etwa im Hinblick auf die ePA auch Informationen zur tatsächlichen Nutzung, zur Bewertung durch Versicherte oder Nutzungsabbrüche in verschiedenen Nutzungsstadien (Onboarding, Verlauf der Nutzung) sowie zur Nutzungsintensität oder den Supportprozessen von Interesse.

Zu Satz 5

Satz 5 verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, in der Richtlinie nach Satz 4 technische Festlegungen für die Bereitstellung und Übermittlung der nicht personenbezogenen Daten der Krankenkassen zu treffen. Dies hat in einer maschinenlesbaren Form zu erfolgen, um eine offene Schnittstelle zu garantieren. Hierdurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, perspektivisch die nach Satz 4 in der Richtlinie festgelegten nicht personenbezogenen Daten für Forschungszwecke und zur Nutzung im öffentlichen Interesse zugänglich zu machen mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz zu stärken und die Qualität in der Versorgung zu fördern.

Zu Satz 6

Satz 6 enthält die Ermächtigungsgrundlage für das Bundesministerium für Gesundheit zum Erlass einer Rechtsverordnung für den Fall, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Vorgaben des Satzes 4 nicht oder nicht vollständig in der vorgegebenen Frist umsetzt. Ferner wird geregelt, dass die Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden kann.

Zu Satz 7

Gemäß Satz 7 werden die Krankenkassen verpflichtet, auf der Grundlage der technischen Festlegungen nach Satz 5 bis zu einem in der Richtlinie festzulegenden Zeitpunkt die für die Umsetzung der Richtlinie erforderlichen, nicht personenbezogenen Daten an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Die Datenlieferung hat in einem jährlichen Rhythmus zu erfolgen.

Zu Satz 8

Satz 8 regelt, dass der GKV-Spitzenverband auf der Grundlage der Daten nach Satz 7 für die Kennzahlen nach Satz 4 Nummer 1 bis 5 den jeweiligen GKV-weiten Mittelwert sowie die jeweilige Spanne zwischen den Krankenkassen ermittelt. Hierdurch wird eine versichertenfreundliche Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sichergestellt.

Zu Satz 9

Der GKV-Spitzenverband wird in Satz 9 verpflichtet, die ihm nach Satz 7 von den Krankenkassen übermittelten, nicht versichertenbezogenen Daten sowie die nach Satz 8 ermittelten Daten in geeigneter Form aufzubereiten und auf einer digitalen und interaktiven Plattform zu veröffentlichen. Die Darstellung sowie die Erläuterungen haben in einer für die Versicherten verständlichen und barrierefreien Form und Sprache zu erfolgen. Die Veröffentlichung hat erstmals für das Berichtsjahr 2025 zu erfolgen, danach jährlich. Die Kosten der Plattform hat der GKV-Spitzenverband zu tragen. Durch die Schaffung einer transparenten, nutzerfreundlichen und barrierefreien Vergleichsmöglichkeit der Service- und Leistungskennzahlen aller Krankenkassen wird sichergestellt, dass den Versicherten zeitnah und regelmäßig aktuelle Informationen über die Servicequalität und die Leistungstransparenz der Krankenkassen vorliegen.

Zu Satz 10

Um dem Gedanken einer möglichst weitreichenden Transparenz nachzukommen, sind die Krankenkassen verpflichtet, bei krankenkassenindividuellen Veröffentlichungen der Kennzahlen nach Satz 4 ihre Versicherten auf die Plattform nach Satz 9 hinzuweisen. Davon umfasst sind insbesondere die von einigen Krankenkassen bereits veröffentlichten Transparenzberichte und die entsprechenden Internetseiten der Krankenkassen. Davon unbenommen können die Krankenkassen in ihren kassenindividuellen Veröffentlichungen neben ihren krankenkassenindividuellen Kennzahlen auch den GKV-weiten Mittelwert sowie die Spanne zwischen den Krankenkassen darstellen, um eine versichertenfreundliche Vergleichbarkeit der erhobenen Daten auch in ihren Publikationen zu ermöglichen.

Zu Satz 11

Um die Passgenauigkeit der Kennzahlen nach Satz 4 sicherzustellen, steht der GKV-Spitzenverband im Austausch mit seinen Mitgliedern. Gemeinsam überprüfen sie jährlich die verbindlichen Vorgaben und entwickeln die Richtlinie gegebenenfalls weiter. Wird die Richtlinie nach Satz 4 in veränderter Form erneut erlassen, ist sie dem BMG wiederum zur Genehmigung vorzulegen.

Zu Satz 12

Zur Sicherstellung der Qualität des Verfahrens hat der GKV-Spitzenverband auf seine Kosten eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder eine Sachverständige bzw. einen Sachverständigen mit der Evaluation der Richtlinie nach Satz 4 sowie ihrer Umsetzung zu beauftragen. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Festlegung der Kennzahlen sachgerecht, der Aufbau der Plattform zweckmäßig und die Gestaltung der Veröffentlichung der Kennzahlen zur Servicequalität und zur Leistungstransparenz der Krankenkassen verständlich, vergleichbar und aussagekräftig für die Versicherten ist. Die Ergebnisse der Evaluation hat der GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Veröffentlichung der Kennzahlen auf der in Satz 9 normierten, digitalen und interaktiven Plattform vorzulegen. Dieser Zeitraum stellt sicher, dass ausreichend Daten für die Evaluation vorliegen und sich das Nutzungsverhalten der Versicherten bei der Inanspruchnahme der Plattform darstellen lässt.

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Gemäß § 53 Satz 2 gilt § 217f des Fünften Buches entsprechend. Das bedeutet, dass an die Stelle der speziellen Bezüge zur gesetzlichen Krankenversicherung die der sozialen Pflegeversicherung treten. Dies gilt auch für die Neufassung von § 217f Absatz 4 des Fünften Buches, durch die somit nicht nur die Transparenz über die Servicequalität der Krankenkassen und über das Leistungsgeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung erhöht werden soll, sondern auch die Transparenz über die Servicequalität der Pflegekassen und über das Leistungsgeschehen in der sozialen Pflegeversicherung. Gemäß § 53 Satz 1 nimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beim Erlass der Richtlinien nach § 217f Absatz 4 des Fünften Buches auch die Aufgabe des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr und legt somit auch für die Pflegekassen verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung entsprechender Kennzahlen fest. Damit wird die Vergleichbarkeit zwischen den Pflegekassen gewährleistet und der Qualitätswettbewerb gestärkt.

Soweit § 217f Absatz 4 des Fünften Buches auf Leistungsbereiche abstellt, sind im Bereich der Langzeitpflege insbesondere die Leistungen nach dem Vierten Kapitel gemeint. Sofern infolge eines Antrags auf eine der Leistungen eine Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad seitens der Pflegekasse beauftragt bzw. durch den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter durchgeführt wird, ist bei der Darstellung der Bearbeitungsdauer zwischen Fällen mit einer 25-Arbeitstage-Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 SGB XI und Fällen, in denen eine verkürzte Begutachtungsfrist nach § 18 Absatz 3 Satz 3 bis 5 SGB XI gilt, zu unterscheiden. Zudem ist hier zwischen der Bearbeitungsdauer von Anträgen, die eine erstmalige Einstufung in einen Pflegegrad, und solchen, die eine Höherstufung des Pflegegrades beinhalten, zu differenzieren.

Über die in § 217f Absatz 4 des Fünften Buches angesprochenen Bereiche hinaus werden mit dem neuen Satz 3 zwei zusätzliche Bereiche angesprochen, die für Pflegebedürftige und Pflegepersonen besondere Bedeutung haben. Dies ist zum einen die Pflegeberatung nach § 7a (Nummer 1) und das sind zum anderen die Pflegekurse nach § 45 (Nummer 2).

Der GKV-Spitzenverband kann darüber hinaus weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote der Pflegekassen in die Richtlinie aufnehmen.

Gemäß Nummer 1 sind die Beratungs- und Unterstützungsangebote im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a Teil der Kennzahlen. Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, einen Antrag auf diese Leistungen stellen oder sich mit dem erklärten Bedarf einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an ihre Pflegekasse wenden, haben gegenüber ihrer Pflegekasse einen Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a, die innerhalb von zwei Wochen zu erbringen ist (§ 7b). Auch Angehörige oder weitere Personen können, ohne die Teilnahme der pflegebedürftigen Person, eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen, soweit die pflegebedürftige Person zustimmt. Der Pflegeberatungsanspruch ist ein Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Die Kennzahlen hierzu sind differenziert nach Art bzw. Ort der Beratung (digital, in der Häuslichkeit oder per Telefon) darzustellen. Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Es ist daher von großer Bedeutung für Versicherte, dass die Pflegeberatung konstant in einer hohen Qualität erbracht wird, worüber mit dieser Nummer Transparenz geschaffen werden soll.

Demnach sind Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a darzustellen. Die Darstellung der Durchführung der Beratung soll sich mit darauf beziehen, welche Kapazitäten die Pflegekassen hierfür vorhalten. Die Darstellung der Kapazitäten ist dabei mindestens bezogen auf die Anzahl der bei der Pflegekasse Versicherten sowie bezogen auf die Anzahl der bei der Pflegekasse versicherten pflegebedürftigen Personen vorzunehmen.

Die Inanspruchnahme bezieht sich darauf, wie viele Menschen die Beratung pro Jahr nutzen. Dabei kann zwischen persönlichen Beratungen bei den Anspruchsberechtigten zu Hause, Beratungen in Pflegestützpunkten oder sonst vor Ort und digitalen sowie telefonischen Beratungseinsätzen differenziert werden. Dargestellt werden kann auch, ob die Beratung die Anliegen der Beratenen lösen konnte und ob weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen eingeleitet worden sind.

Nach Nummer 2 ist die Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegekurse nach § 45 darzustellen. Die Durchführung der Pflegekurse bezieht sich darauf, welche Kapazitäten die Pflegekassen hierfür über das Jahr hinweg vorhalten und welche Pflegekursanbietenden bei der jeweiligen Pflegekasse zur Durchführung zum Einsatz kommen. Die Darstellung der Kapazitäten ist dabei mindestens bezogen auf die Anzahl der bei der Pflegekasse Versicherten sowie bezogen auf die Anzahl der bei der Pflegekasse versicherten pflegebedürftigen Personen vorzunehmen.

Die Inanspruchnahme bezieht sich darauf, wie viele Teilnehmende die Pflegekurse pro Jahr nutzen. Bei der Darstellung soll zum einen die Gesamtzahl angegeben werden. Zum anderen ist mindestens danach zu differenzieren, ob es sich um Gruppenkurse bzw. Präsenzkurse vor Ort handelt (§ 45 Absatz 1 Satz 1), Schulungen (auch) in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person (§ 45 Absatz 1 Satz 3) oder digitale Pflegekurse (§ 45 Absatz 1 Satz 5 1. Halbsatz). Sofern Kombinationsangebote mit verschiedenen dieser Elemente möglich sind, soll bei der Darstellung darauf hingewiesen werden.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.