

**Stellungnahme der  
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in  
der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)  
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit  
vom 08. April 2024**

## **A. Einleitung und Zusammenfassung**

Die BAGFW dankt für die Einladung zur Stellungnahme und nimmt gern die Gelegenheit wahr, ihre Positionen zu dem oben benannten Referentenentwurf in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen jedoch mit großem Bedauern, dass mit den Gesundheitskiosken, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen die wichtigsten in den bisherigen Arbeitsentwürfen für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz enthaltenen innovativen Ansätze zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Deutschland aus dem Referentenentwurf gestrichen wurden.

Diese Ansätze wären ein guter erster Schritt, um ein wirkliches Primärversorgungssystem aufzubauen, die hausärztliche Lotsenfunktion zu stärken, interprofessionelle und teambasierte Zusammenarbeit zu verbessern, auf einen besseren Zugang von sozial benachteiligten Menschen in der Gesundheitsversorgung hinzuwirken und regionaler Unter-, Fehl und Überversorgung gegenzusteuern.

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält kaum Ansätze zur kommunalen Rolle in der Gesundheitsversorgung, sodass er, wie vorliegend, seinem Namen nicht mehr gerecht wird. Dabei ist eine Beteiligung und teilweise Steuerung der Kommunen im Gesundheitsbereich unerlässlich, wie schon viele positive Beispiele im Rahmen der Quartiersentwicklung zeigen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich vehement dafür ein, alle drei dieser innovativen Ansätze wieder in den Gesetzentwurf aufzunehmen und machen in den untenstehenden Ausführungen zu Teil C. dieser Stellungnahme ergänzende Vorschläge, wie diese drei Kernelemente im Sinne eines ganzheitlichen Primärversorgungssystems besser miteinander verzahnt werden könnten.

Sie weisen zudem darauf hin, dass die hier vorgesehenen Regelungsvorschläge mit den sehr guten Maßnahmen, die im Rahmen des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erarbeitet wurden, zusammen gedacht und erste Maßnahmen bereits mit diesem Gesetz auf den Weg gebracht werden sollten.

**Zusammenfassend sieht die BAGFW neben ihrer grundsätzlich positiven Bewertung der Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren folgende Nachbesserungsbedarfe (ausführlich siehe Teil C):**

### **Gesundheitskioske § 65g**

Grundsätzlich sind die Aufgaben des Gesundheitskiosks zur Erfüllung seiner Rolle als niederschwelligem Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in sozio-ökonomisch benachteiligten Regionen gut beschrieben. Es sollte jedoch präzisiert werden, dass es bei den Beratungsleistungen um Gesundheitsberatung und nicht um Sozialberatung geht. Durch den Kiosk dürfen weder Doppelstrukturen geschaffen noch bestehende Beratungsangebote gefährdet werden. Neben der Beratungsfunktion zu Gesundheitsleistungen sollten die Aufgaben der Begleitung insbesondere von Menschen mit erhöhten Unterstützungsbedarfen im Zugang zum Gesundheitswesen, die Anleitungs- und Edukationsfunktion zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Unterstützung bei Antragsstellungen ergänzt werden. Die Leitung des Gesundheitskiosks sollte neben Pflegefachkräften auch anderen Berufsgruppen wie Angehörigen therapeutischer Berufe oder Sozialarbeiter:innen ermöglicht werden. Da die Wohlfahrtspflege zentraler Träger zahlreicher sozialer Dienste wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, Migrationsberatungsdiensten, der Wohnungslosenhilfe, der Pflege- und Altenhilfe oder Suchthilfe ist, sollte ihre direkte Einbindung oder zumindest die Verpflichtung zu Kooperationsverträgen verbindlich in das Konstrukt aufgenommen werden.

### **Primärversorgungszentren § 73a**

Die BAGFW unterstützt den Ansatz, die hausärztliche Primärversorgung zu stärken. Die beschriebenen zusätzlichen koordinierten, kooperativen und versorgungssteuernden Versorgungselemente für ältere und multimorbide Patient:innen können eine entscheidende Verbesserung der Versorgung bewirken. Das kann nur durch eine interprofessionelle und teambasierte Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe gelingen. Die in § 73a gewählten Regelungsvorschläge für PVZ erfüllen diese Kriterien nicht, da sie zu stark arztzentriert ausgerichtet sind und dem Grunde nach ein „MVZ plus“ darstellen. Zukunftsweisende Primärversorgungssysteme müssen interprofessionell, kooperativ und koordinierend ausgerichtet sein. Überdies sollten PVZ räumlich und organisatorisch stärker mit Gesundheitskiosken verzahnt werden, statt nur auf Kooperationsverträge zu setzen. Überdies sollte überlegt werden, ob nicht gerade im strukturschwachen, ländlichen Raum die Schwelle von drei hausärztlichen Vertragsarztsitzen für die Gründung eines PVZ nicht zu hoch ist. Zu den gründungsberechtigten Arztgruppen sollten neben den Hausärzt:innen auch die primärversorgenden Kinder und Jugendärzt:innen sowie Gynäkolog:innen zählen.

### **Gesundheitsregionen § 140b**

Der Ansatz, regionale Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung zu schaffen, ist grundsätzlich sehr zu begrüßen. Gesundheitsregionen können ein Schritt hin zu einer regionalen, partizipativen und demokratischen Planung und Weiterentwicklung von Primärversorgungsstrukturen sein. Die BAGFW begrüßt, dass Gesundheitsregionen nicht auf Selektivverträgen gegründet sein sollen, sondern flächendeckend und populationsorientiert eingeführt werden könnten, um Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, Schnittstellen zu überwinden

und das Gesundheitswesen nach regionalen Bedarfen und partizipativ auszugestalten. Auch der Ansatz, die Belange von Menschen mit Behinderung besonders zu berücksichtigen, ist positiv. Im Entwurf unterbelichtet war, dass die regionale Organisation der Gesundheitsversorgung zum Ziel haben muss, die Unterversorgung hochvulnerabler Gruppen wie wohnungsloser Menschen, Geflüchteter und auch Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zu beseitigen. In diesem Zusammenhang erneuert die BAGFW ihre Forderung, die Übermittlungspflichten im Aufenthaltsgesetz zu überarbeiten, so dass Menschen ohne Papiere ohne Angst vor Aufdeckung gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen können.

**Den am 8. April 2024 vorgelegten Referentenentwurf bewertet die BAGFW zusammenfassend wie folgt (ausführlich siehe Teil B):**

### **Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch EBM-Reform**

Das Bestreben, die Versorgung von chronisch kranken Menschen mittels Setzung neuer Leitplanken zur Vergütung der hausärztlichen Versorgung zu stärken, wird begrüßt: Durch die Ersetzung der bisherigen Chronikerpauschale durch eine jährliche Versorgungspauschale werden überflüssige Praxis-Patient:innenkontakte vermieden. Allerdings ist bei der konkreten Ausgestaltung der Pauschale sicherzustellen, dass keine Fehlanreize in der Betreuung von chronisch kranken Menschen mit hohem Versorgungsaufwand entstehen. Die Einführung einer Vorhaltepauschale für Haus- und Heimbesuche, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten mit besonderem Fokus auf Abend- und Samstagssprechstunden sowie Stärkung des e-Medikationsplans setzen die richtigen Anreize für eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker und insbesondere multimorbider geriatrischer Patient:innen. Für die konkrete Ausgestaltung dieser jährlichen Pauschale weist die BAGFW darauf hin, dass auch Haus- und Heimbesuche in der Kurzzeitpflege darin abgebildet sein müssen.

### **Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen**

a) **Hilfsmittelversorgung:** Die Genehmigungsfiktion in der Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderungen, die in MZEB und SPZ betreut werden, wird deren Versorgung durch Vereinfachung und Beschleunigung deutlich verbessern. Eine bessere Hilfsmittelversorgung ist jedoch ebenso für Menschen mit Behinderungen in der ärztlichen Regelversorgung erforderlich. Daher sollten auch Ärzt:innen außerhalb von MZEB und SPZ ihren langjährig betreuten Patient:innen eine solche Bescheinigung ausstellen können.

b) **Barrierefreie Arztpraxen:** Insgesamt gibt es noch zu wenig barrierefreie Arztpraxen in Deutschland. Der Strukturfonds nach § 105 sollte somit auch für Maßnahmen zur Förderung der Barrierefreiheit von Arztpraxen genutzt werden können.

c) **eRezept:** Überdies bittet die BAGFW, eine Zugangshürde beim eRezept für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu senken: Das Gesetz sieht vor, dass das Token nur auf Wunsch der Versicherten ausgestellt wird. Um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die Nutzung des Token zu erleichtern, sollten sie die Möglichkeit erhalten, der Arztpraxis einmalig und nicht bei jedem Besuch eine entsprechende Willensbekundung abzugeben. Diese Möglichkeit sollte auch in allen erforderlichen Fällen für ihre rechtlichen Vertretungen bestehen.

## **Eigene Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen**

Die BAGFW bewertet die Einführung einer gesonderten Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, deren Bedarf seit der Pandemie nochmals deutlich angestiegen ist, als wichtigen Schritt, um die Niederlassungsmöglichkeiten bedarfsgerechter und zielgenauer zu steuern und der Unterversorgung entgegenzuwirken. Gleichzeitig muss auch die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von psychotherapeutischen Angeboten durch Vernetzung mit Schulen, Tageseinrichtungen für Kinder und Angebote der Jugendhilfe gestärkt werden.

## **Stärkung der Mitberatungsrechte der Pflege im G-BA**

Die BAGFW bewertet den Ansatz des Referentenentwurfs, die Stimme der Pflege im G-BA durch eine Erweiterung der Beteiligungsrechte bei den die Pflege betreffenden Richtlinien zu stärken, als überfällig und richtungsweisend. Neben den Verbänden der Pflegeberufe müssen allerdings auch die Leistungserbringenden Sitz und Stimme bekommen. Die tragenden Säulen des G-BA sind mit GKV, DKG und KBV die Leistungsträger und Leistungserbringenden. Deren Äquivalent in der Pflege sind somit die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen. Die BAGFW fordert für diese die gleichen Rechte wie für die Verbände der Pflegeberufe.

## **Ergänzenden Handlungsbedarf sieht die BAGFW insbesondere zu folgenden Punkten (ausführlich siehe Teil D):**

### **Stärkung der Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit für pflegende Angehörige**

Bislang schließen Pflegekassen ihre Vereinbarungen mit Pflegediensten, die Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit anbieten, nicht flächendeckend ab. Dadurch fehlt es an einem bedarfsdeckenden Unterstützungs- und Entlastungsangebot für pflegende Angehörige. Um dem bestehenden Flickenteppich entgegenzuwirken, setzt sich die BAGFW für eine Vereinheitlichung der vertraglichen Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringenden sowie für einen Kontrahierungszwang der Pflegekassen ein. Dies ist zugleich ein Beitrag zur Entbürokratisierung, da Verhandlungen und das Erfordernis von Bewerbung für das Vergabeverfahren mit einzelnen Pflegekassen entfallen.

### **Aufhebung des Präqualifizierungserfordernisses für die Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen**

Pflegeschäfte verfügen qua Ausbildung über die Kompetenz und Qualifikation zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln. Das Erfordernis der Präqualifizierung als überflüssiges bürokratisches Hemmnis und überdies finanzielle Belastung aufgrund der erforderlichen Zertifizierung nach § 126 Absatz 1a SGB V ist aufzuheben.

## B. Besonderer Teil

### Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### **§ 10 Absatz 1: Kein Zugang von Privatversicherten in GKV bei temporärer Wahl von Teilaltersrente**

Die Regelung schließt eine Gesetzeslücke, die in den letzten Jahren verstärkt von privat Versicherten genutzt wurde, deren Rentenanspruch oberhalb der Gesamteinkommensgrenze der Familienversicherung liegt und die gezielt vorübergehend die Option der Teilaltersrente gewählt haben, um über die beitragsfreie Familienversicherung über Ehepartner:innen wieder Zugang zur GKV zu haben. Die BAGFW begrüßt, dass diese Lücke, die die Solidargemeinschaft beschädigt, geschlossen wird.

#### **§ 33 Absatz 5c neu: Genehmigungsfiktion bei Hilfsmitteln für Menschen mit Behinderungen, die in einem MZEB oder SPZ behandelt werden**

Viele Menschen mit Behinderungen sind auf den dauerhaften Gebrauch vielfältiger Hilfsmittel angewiesen. Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass für Patient:innen, die in MZEB oder SPZ behandelt werden, künftig die Vermutensregelung der Erforderlichkeit einer entsprechenden Hilfsmittelverordnung gelten soll. Viele Menschen mit Behinderungen, die ebenfalls dauerhaft auf bestimmte Hilfsmittel angewiesen sind, werden jedoch nicht in MZEB oder SPZ versorgt, entweder weil sie einer Spezialversorgung nicht bedürfen oder weil diese Einrichtungen nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Bundesweit gibt es nur 65 MZEB für erwachsene Menschen mit Behinderungen. Da auch Erwachsene mit Behinderungen, die (haus)ärztlich versorgt werden, einen Anspruch auf schnelle Entscheidungen ihrer Krankenkasse bzgl. der benötigten Hilfsmittel haben, muss aus Sicht der BAGFW auch diese Zielgruppe in den Genuss einer vereinfachten und beschleunigten Hilfsmittelversorgung kommen. Die Regelung sollte daher auf alle chronisch kranken und Patient:innen mit Behinderungen ausgedehnt werden, sofern die behandelnden Ärzt:innen das Erfordernis eines dauerhaften Gebrauchs des jeweiligen Hilfsmittels bei ihren langjährig betreuten Patient:innen bescheinigen.

#### **§ 65a Bonus für HzV-Versicherte**

Grundsätzlich befürwortet die BAGFW das Ziel, die hausarztzentrierte Versorgung zu stärken. Für die BAGFW ist die avisierte Regelung, Versicherten, die sich in HzV-Verträgen nach § 73a SGB V einschreiben, einen jährlichen Bonus von 30 Euro zu gewähren, jedoch kritisch zu bedenken. Zum einen handelt es sich bei der hausarztzentrierten Versorgung nicht um ein Programm zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens, das aber Ziel des § 65a ist. Zum anderen entstehen der GKV durch den Bonus zusätzliche Ausgaben, die in einer Zeit knapper Kassen zu vermeiden sind. Die BAGFW steht Bonusprogrammen überdies kritisch gegenüber, da i.d.R. nur gut informierte und situierte Versicherte, jedoch nicht sozial benachteiligte Menschen überhaupt Kenntnis von derartigen begünstigenden Regelungen haben. Für gut situierte Versicherte stellen 30 Euro jährlich zudem auch keinen Anreiz für eine Versorgung im HzV-Programm dar, sodass die Ausgaben in jeder Weise fehlallokiert sind.

## **§ 87 Absatz 2b S. 5ff: Ersetzung der bisherigen Chronikerpauschale durch Versorgungspauschale**

Die Intention der Versorgungspauschale, nicht notwendige Praxis-Patient:innenkontakte zu reduzieren, wird ausdrücklich geteilt und der Regelungsvorschlag begrüßt. Dies ist zugleich ein Beitrag zur Entlastung der Arztpraxen. Voraussetzung für die neue Versorgungspauschale ist das Vorliegen von mindestens einer lang andauernden und lebensverändernden Erkrankung, für die ein bestimmtes Arzneimittel kontinuierlich verordnet werden muss. Es stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien der lebensverändernde Charakter der Erkrankung festgestellt wird. So gibt es viele Patient:innen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder gut eingestellter Diabetes, die dauerhaft auf Medikation angewiesen sind, aber mit deren Hilfe ohne weitere Einschränkungen leben können. Andere Patient:innen, die durch chronische Schmerzen beispielsweise dauerhaft mobilitätseingeschränkt sind, weisen das Merkmal einer lebensverändernden Erkrankung auf. Chronisch krank und versorgungsbedürftig sind beide und ihre Versorgung darf sich durch die Neuregelung nicht verschlechtern. Der Begriff „lebensverändernd“ ist daher durch „behandlungsbedürftig“ zu ersetzen. Zudem muss bei der konkreten Ausgestaltung der Pauschale sichergestellt werden, dass chronisch kranke Menschen mit hohem Versorgungsbedarf, die engmaschig in der Arztpraxis behandelt oder untersucht werden müssen, weiterhin die erforderlichen Leistungen erhalten.

## **§ 87 Absatz 2n neu: Einführung einer Vorhaltepauschale in der hausärztlichen Versorgung**

Die Einführung einer Vorhaltepauschale wird von der BAGFW nachdrücklich begrüßt. Positiv zu bewerten ist insbesondere, dass die Gewährung der Pauschale an die Voraussetzung der Durchführung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechter Praxisöffnungszeiten einschließlich Abend- und Samstagssprechstunden, kontinuierlicher Anpassung des eMedikationsplans und originärer hausärztlicher Versorgung gebunden sein soll. Damit werden die richtigen Anreize zur notwendigen Verbesserung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung gesetzt. Anreize zum Angebot von Samstagssprechstunden können einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung des Aufsuchens der Notfallambulanzen in den Kliniken leisten. Die Vorhaltepauschale wird als Jahrespauschale pro Versicherter/m mit einer chronischen Erkrankung gezahlt. In der konkreten Ausgestaltung der Pauschale ist sicherzustellen, dass in der jährlichen Pauschale auch der Haus- und Heimbesuch von Patient:innen in der Kurzzeitpflege abgebildet ist, denn gerade Patient:innen nach Krankenhausaufenthalt in der Kurzzeitpflege haben einen besonders hohen Bedarf an Behandlung und medizinischer Behandlungspflege.

## **§ 87a Absatz 3c neu: Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung**

Die BAGFW begrüßt die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung, gibt allerdings zu bedenken, dass bis auf die Stadtstaaten Hamburg und Berlin nach der Euro-Gebührenordnung faktisch ohnehin schon alle erbrachten hausärztlichen Leistungen honoriert wurden, sodass die Budgetgrenzen schon länger kein systemisches Problem mehr darstellten. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen des bisherigen Volumens der hausärztlichen MGV, die innerhalb der hausärztlichen Ärzt:innengruppe umverteilt wird. Eine qualitative Verbesserung der hausärztlichen Versorgung, eine Bekämpfung der regional unterschiedlichen Unter-, Fehl- und Überversorgung oder

eine Stärkung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, kann somit von diesem Instrumentarium nicht ausgehen.

### **§ 92 Absatz 7h neu: Mitberatungsrechte der Berufsorganisationen der Pflegeberufe**

Die Erweiterung der Beteiligungsrechte der Berufsorganisationen der Pflegeberufe auf ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien zur Qualitätssicherung, SAPV, nach § 63 Absatz 3c sowie bei den veranlassten Leistungen nach Absatz 1 Nummer 6 (HKP, AKI, Heil- und Hilfsmittel, Verbandsmittel, Soziotherapie) wird nachdrücklich begrüßt. Der Referentenentwurf greift indes zu kurz, wenn er nur den Berufsverbänden der Pflegeberufe erweiterte Beteiligungsrechte einräumt. Tragende Säulen des GBA sind grundsätzlich die Leistungserbringer: GKV, DKG und die Vertretung der Vertragsärzteschaft. Das Äquivalent auf Seiten der Pflege sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Der Referentenentwurf ist entsprechend zu ergänzen.

#### **Änderungsbedarf:**

In § 92 7 h Satz 2 sind nach den Wörtern „bis zu zwei Vertreter:innen der Berufsorganisationen der Pflegeberufe“ die Wörter „sowie zwei Vertreter:innen der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ einzufügen.

### **§ 96 Absatz 2a: Erweiterte Mitentscheidungsrechte der Obersten Landesbehörden im Zulassungsausschuss**

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass alle regionalen Akteure, die Leistungen erbringen, sektorenübergreifend an der Planung beteiligt werden. Das in § 96 SGB V vorgesehene Mitberatungsrecht der Länder ist somit sachgerecht. Die Länder tragen jedoch für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung keine Verantwortung, weder finanziell noch in Bezug auf die Gestaltung. Die Verantwortung liegt bei den KVen und in Letztverantwortung bei den Krankenkassen. Daher ist es nicht sinnvoll, das Mitberatungsrecht der Länder in den Zulassungsausschüssen auf ein Mitentscheidungsrecht zu erweitern. Ausweislich der Begründung sieht der Referentenentwurf selbst schon die Gefahr, dass sich durch die erweiterten Beteiligungsrechte die ohnehin schon langwierigen Verfahren weiter verzögern könnten und sieht daher für den Fall des Einvernehmens Verfahrensvereinfachungen vor. Für den Fall, dass ein Einvernehmen bei Entscheidungen jedoch nicht erzielt werden kann, würden sich Verfahren in unverhältnismäßiger Weise verlängern.

### **§ 101 Eigene Bedarfsplanung bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen**

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen eine gesonderte Bedarfsplanung geben soll, mit dem Ziel, die Niederlassungsmöglichkeiten bedarfsgerechter und zielgenauer zu steuern und der gravierenden Unterversorgung somit entgegenzuwirken. Gegenwärtig leiden Kinder und Jugendliche ganz besonders unter den langen Wartezeiten. Durch die seelischen Belastungen aufgrund der Coronapandemie ist der Bedarf an Behandlungskapazitäten nochmals gravierend gestiegen. Für Kinder und Jugendliche ist eine wohnortnahe Therapiemöglichkeit von hoher Relevanz. Daher ist es sachgerecht, wenn als ein erster Schritt zur Schließung der großen Versorgungslücke ein bedarfsgerechter Versorgungsgrad zum Zweck einer besseren Versorgungsplanung ermittelt wird. Die BAGFW gibt allerdings zu bedenken, dass der vorgesehene Zeitrahmen für den

GBA-Beschluss von insgesamt einem Jahr zwar begrüßenswert ist, jedoch als unrealistisch eingeschätzt wird. Gründlichkeit sollte hier vor Schnelligkeit gehen. Wichtig ist aus unserer Sicht zudem, dass die Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche ausgeweitet werden und damit Wartezeiten auf Therapieplätze vermieden werden. Die Erreichbarkeit psychotherapeutischer Angebote und Vernetzungen mit Schulen, Tageseinrichtungen für Kinder und Angeboten der Jugendhilfe müssen verstärkt werden, um deren Zugänglichkeit zu erhöhen und frühe Chronifizierungen psychischer Erkrankungen zu vermeiden. Dabei sind auch die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedarfen wie Intelligenzminderung oder Autismus-Spektrums-Störungen (ASS) zu berücksichtigen.

### **§ 105 Fördermaßnahmen des Strukturfonds bei drohender Unterversorgung**

Probleme der Unterversorgung werden in Deutschland in naher Zukunft noch deutlich zunehmen. Die Regelung dient lediglich der Klarstellung, denn die Begrenzung der Förderungsmöglichkeiten auf Gebiete, in denen eine Unterversorgung droht, wird aufgehoben. Die BAGFW begrüßt diese Klarstellung. In die Liste der förderwürdigen Maßnahmen sollte die Barrierefreiheit von Arztpraxen aufgenommen werden.

#### **Änderungsbedarf:**

In § 105 Absatz 1a Satz 3 soll folgende Nummer 9 ergänzt werden:

„9. Förderung der Barrierefreiheit von Arztpraxen“.

### **§ 140f Absatz 2 Satz 7: Einmaliges Vetorecht der Patient:innenvertretung im G-BA**

Die BAGFW gibt das angedachte „Vetorecht“ der Patient:innenvertretung im G-BA kritisch zu bedenken, da es sich dabei um ein primär destruktives Instrument handelt, das eine letztendliche Beschlussfassung ohnehin nur zeitlich verzögern könnte, die bestehenden Kräfteverhältnissen im G-BA jedoch langfristig nicht verändern würde. Stattdessen sollten insgesamt konstruktive, strukturelle Mitgestaltungsmöglichkeiten der Patient:innenvertretung im G-BA verankert und gefördert werden, u.a. auch durch eine stärkere finanzielle Unterstützung der hierfür notwendigen Strukturen.<sup>1</sup>

### **§ 226: Beitragsfreiheit von Waisenrenten während eines Freiwilligendienstes**

Die Regelung stellt sicher, dass Waisenrenten oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen für Versicherte während der Ableistung eines Freiwilligendienstes wie BFD oder JFD beitragsfrei bleibt. Eine korrespondierende Regelung wird in § 57 SGB XI verankert. Die BAGFW begrüßt die Regelung, da sie Anreize zur Übernahme eines Freiwilligendienstes leistet. In diesem Zusammenhang verweist die BAGFW darauf, dass es bei den Haushaltsberatungen für den Etat 2025 zu keinen weiteren Einschnitten und Kürzungen bei den Freiwilligendiensten kommen darf. Nicht zuletzt bilden die Freiwilligendienste ein großes Reservoir dafür, dass sich junge Menschen aufgrund positiver Erfahrung für die Ergreifung eines sozialen Berufs entscheiden.

---

<sup>1</sup> Detaillierte Forderungen der Patient:innenvertretung zum GVSG hier: <https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/massgebliche-patientenorganisationen-fordern-die-staerkung-der-patientenbeteiligung/>



## Artikel 2: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### **§ 37 Absatz 3 S. 4: Verlängerung des Pflegeberatungsbesuchs in der Häuslichkeit per Videokonferenz**

Die Verlängerung der gegenwärtig bis zum 30. Juni 2024 befristeten Regelung, wonach der Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit jedes zweite Mal per Videokonferenz durchgeführt werden kann, bis zum 31. März 2027 ist angesichts bisher noch zu geringer Erprobung in der Praxis nachvollziehbar. Ein Grund für die fehlenden Daten aufgrund der geringen Erprobung in der Praxis könnte darin liegen, dass pflegebedürftige Menschen Unterstützung hinsichtlich einer Videoberatung brauchen, die auch finanziert werden muss.

Die Beratung per Telefon und Videokonferenz hat sich in der Pandemie bewährt. Gegenwärtig verfügen jedoch noch zu wenig Pflegedienste über die technischen Voraussetzungen der zertifizierten Videokonferenzen gemäß KBV-Liste, da diese hohe Kosten verursachen. Wir gehen davon aus, dass sich dies mit Anbindung an die TI deutlich ändern wird. Es ist somit sachgerecht, die Regelung durch Fristverlängerung weiterhin zu erproben.

## **C. Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren: Kommentierung des Arbeitsentwurfs vom 21. März 2024**

### **§ 65g Niedrigschwellige Beratungsangebote von Krankenkassen und Kommunen über medizinische Behandlung und Prävention in Bedarfsregionen (Gesundheitskioske)**

Gesundheitskioske sollen vor allem in sozioökonomisch benachteiligten Regionen eingerichtet werden und dort Beratungs- und Unterstützungsleistungen zu gesundheitlichen und sozialen Fragen anbieten, Menschen bei der Orientierung im Gesundheitswesen unterstützen und ihre Gesundheitskompetenz stärken.

Die BAGFW begrüßt diesen Ansatz, wie er in Modellprojekten z.B. in Hamburg Billstedt-Horn, Unna, Urleben, Essen oder Aachen bereits besteht, sehr. Das auch in anderen Ländern bewährte Konzept des Gesundheitskiosk enthält viele gute Ansätze, um die Versorgung insbesondere für Menschen mit höheren Versorgungsbedarfen und komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen zu verbessern, unter anderem durch:

- Gesundheitsberatung und Stärkung von Prävention
- Begleitung zu Arzt- oder Krankenhausterminen und Befähigung zum eigenständigen Aufsuchen
- Vermittlung von Haus- und Facharztterminen
- Lotsenfunktion und Möglichkeit zur längerfristigen Fallbegleitung bei komplexen medizinisch-sozialen Unterstützungsbedarfen
- Vernetzung zu Behörden wie Gesundheits-, Versorgungs-, Integrationsamt oder zu Migrationsdiensten, Edukation und Stärkung von Gesundheitskompetenzen

Der Gesundheitskiosk zeichnet sich durch ein mehrsprachiges Team aus, das allen Menschen in einem Quartier sowie darüber hinaus auch durch mobile Angebote, z.B. mittels Gesundheitsbussen, einen einfachen, niedrigschwelligen Zugang ohne Termine bietet. Das ist insbesondere für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte oder Geflüchtete wichtig, die häufig aufgrund von Sprachbarrieren mit zentralen Hürden im Zugang zum Gesundheitswesen konfrontiert werden, wodurch es zu Fehldiagnosen, langen, unnötigen Wartezeiten sowie zu Unter- und Fehlversorgung kommt.

Gesundheitskioske sollen einen niedrigschwelligen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung anbieten, die insbesondere die Hilfe zur Selbsthilfe und die informelle Pflege stärken sollen, z.B. im Umgang mit chronischen Erkrankungen. Gesundheitskioske stehen damit nicht in Konkurrenz mit Arztpraxen oder MVZs, welche i.d.R. medizinisch ausgerichtet sind, den pflegerischen Kontext aber nicht gut abbilden und insbesondere in Bezug auf die Stärkung der eigenen Gesundheitskompetenz nicht ausreichend sind. Für die BAGFW ist entscheidend, dass sich die Gesundheitskioske auf sozio-ökonomisch benachteiligte Regionen konzentrieren, wo der Zugang zur Gesundheitsversorgung für viele Menschen nicht gesichert ist.

Gesundheitskioske beinhalten viele gute Ansätze, um die Versorgung insbesondere für Menschen mit höheren Versorgungsbedarfen und komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen zu verbessern. Sie versuchen die bestehenden Lücken in

der Primärversorgung zu füllen, ändern aber nichts an den unzureichenden, fragmentierten und im Einzelunternehmer:innentum organisierten ambulanten Versorgungsstrukturen. Für sich allein greift das Konzept daher zu kurz. Gesundheitskioske sollten daher aus Sicht der BAGFW stets mit Primärversorgungszentren (PVZ) zusammengedacht werden und möglichst unter einem Dach oder zumindest in räumlicher Nähe entstehen. So können beide Ansätze zum Aufbau eines wirklichen Primärversorgungssystems, in dem multiprofessionelle Versorgung möglich ist, beitragen.

Vor diesem Hintergrund bewertet die BAGFW die gesetzliche Grundlage für den Gesundheitskiosk wie folgt:

### **Aufgaben des Gesundheitskiosks (§ 65g Absatz 2)**

Grundsätzlich sind die in Absatz 2 beschriebenen Aufgaben des Gesundheitskiosks gut beschrieben. Im Einzelnen sieht die BAGFW jedoch noch Änderungs- oder Ergänzungsbedarfe:

- Es sollte präzisiert werden, dass es bei den Beratungsleistungen des Gesundheitskiosks um Gesundheitsberatung und nicht um allgemeine Sozialberatung geht. Der Kiosk soll zu vielfältigen Themen wie z.B. Rückenschmerzen, Adipositas, Vorsorgeleistungen, Impfungen beraten, aber auch Ernährungsberatung anbieten. Mit dem Kiosk dürfen keine Doppelstrukturen in der Beratung entstehen, die zur Einschränkung oder Verdrängung bewährter bereits bestehender Beratungsangebote führen.
- Neben der Beratungs- ist auch die Begleitungsfunktion zu benennen, z.B. bei Arztbesuchen oder auch im Krankenhaus, z.B. bei Personen mit psychischen Erkrankungen.
- Die Anleitungs- und Edukationsfunktion fehlt in der Aufgabenbeschreibung bzw. wird auf Anleitung zur Inanspruchnahme ambulanter telemedizinischer Leistungen reduziert. Diese gilt es zwar zu fördern, jedoch wird sie bei dem Personenkreis nur bedingt zum Tragen kommen, da es erst einmal um den Zugang zu medizinischer Versorgung im Generellen geht. Eine weitere Aufgabe der Gesundheitskioske sollte daher sein, die digitalen Kompetenzen zu fördern. Dazu gehören etwa der kompetente, selbstbestimmte und datenschutzsichere Umgang mit der elektronischen Patient:innenakte, sowie die Nutzung des E-Rezeptes und der dazu gehörigen App.
- Als zentrales Erfordernis und nachgefragte Leistung hat sich in der Praxis die Unterstützung der Klient:innen beim Stellen von Anträgen, z.B. auf Reha, Hilfsmittel etc. erwiesen; diese Aufgabe wäre zu ergänzen.
- Einfache medizinische Routineaufgaben in Gesundheitskiosken sollten durch Pflegefachpersonen weisungsungebunden, sowie selbstständig und eigenverantwortlich durchgeführt werden können, damit der Beratungsprozess auf der Grundlage von bioanalytischen Parametern und Vitalwerten (wie z.B. Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Blutzucker, Urinzusammensetzung) erfolgen kann. Das ist für die Gewährleistung einer evidenzbasierten Einschätzung, Beratung und Koordinierung unerlässlich, wie es die Erfahrungen aus bereits bestehenden Modell-Institutionen belegen.
- Die enge Zusammenarbeit mit den Akteur:innen des Stadtteils und die Anbindung des Gesundheitskiosks an die kommunalen oder regionalen Gesundheits- oder Pflegekonferenzen ist aus Sicht der BAGFW ausschlaggebend für das Gelingen

niedrigschwelliger Beratungs- und Versorgungsmodelle. Dieser Aspekt wäre daher zu ergänzen.

- Auch eine enge Zusammenarbeit mit Beratungsstellen mit aufenthaltsrechtlicher Expertise, wie sie z.B. die Clearingstellen für Gesundheit aufweisen, ist zu gewährleisten.
- Obwohl die Leitung des Gesundheitskiosks grundsätzlich durch eine Pflegefachkraft erfolgen soll, fehlt die Aufgabe der Vermittlung in pflegerische Angebote und Leistungen in der Aufgabenbeschreibung gänzlich. Dabei kommt gerade der Pflege eine zentrale Aufgabe bei der Prävention, Gesundheitsförderung, Edukation und Stärkung der Gesundheitskompetenzen zu. Daher wäre auch dieser Aspekt zu ergänzen.

Dass Gesundheitskioske grundsätzlich von Pflegefachkräften geleitet werden sollten, haben die Verbände der BAGFW sehr begrüßt. Sie schlägt jedoch vor, die Regelung als „Kann“-Regelung auszugestalten. Zum einen stehen dem Gesundheitswesen aufgrund des großen Pflegefachkraftmangels nicht genügend Pflegefachkräfte zur Verfügung, zum anderen kommen auch andere Berufsgruppen für die Leitung in Frage, wie z.B. Angehörige therapeutischer Berufe, MFA oder Sozialarbeiter:innen. Perspektivisch sollten Gesundheitskioske durch APN geleitet werden, deren Qualifikation in Deutschland aber derzeit noch nicht zur Verfügung steht.

Ausdrücklich positiv ist die vorgesehene Regelung, dass die Angebote des Gesundheitskiosks grundsätzlich allen Einwohner:innen einer Region unabhängig von ihrem Versichertenstatus zur Verfügung stehen sollten. Sie stünden damit auch Menschen ohne oder mit eingeschränktem bzw. ungeklärtem Krankenversicherungsschutz (z.B. erwerbslose EU-Bürger:innen, Menschen mit Beitragsschulden, Asylsuchenden oder Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität) zur Verfügung.

Kritisch bewertet die BAGFW, dass der Gesundheitskiosk nach § 65g Absatz 1 ein reines Vertragskonstrukt zwischen den Krankenkassen und den Kommunen ohne Beteiligung oder zumindest Kooperationsverträge mit den gemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden darstellt. Die Wohlfahrtspflege ist Träger zahlreicher sozialer Dienste wie der Kinder- und Jugendhilfe, der Suchthilfe, der Eingliederungshilfe, der Altenhilfe und Pflege, von Migrationsberatungsdiensten, der Wohnungslosenhilfe, der allgemeinen Sozialberatung oder der Schuldnerberatung, um nur einige zu nennen. Daher ist es sinnvoll, sie grundsätzlich entweder direkt oder über Kooperationsverträge in die Bildung von Gesundheitskiosken einzubinden.

Positiv zu bewerten ist, dass sich grundsätzlich auch andere Sozialversicherungsträger als die Krankenkassen, wie z.B. die Renten- oder Unfallkassen, am Gesundheitskiosk beteiligen können. Sehr zu begrüßen ist, dass die Voraussetzung für die Gründung eines Gesundheitskiosks grundsätzlich eine enge Kooperation mit dem ÖGD ist, denn dem ÖGD kommt zentral die Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung, von Beratungs- und Unterstützungsangeboten von Familien, Mütterberatungen, Kita- und Einschulungsuntersuchungen, Schwangerschaftsberatungen, Impfangeboten, Beratungen für psychisch kranke Menschen etc. zu. Zudem kommt dem ÖGD die Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung zu; daher hat er eine zentrale Funktion in der Bedarfsermittlung, die für die Bestimmung der Angebote des jeweiligen Gesundheitskiosks entscheidend ist.

Der vorgesehene Finanzierungsmix (GKV 74 %, PKV 5,5%, Kommunen 20 %) wird als sachgerecht angesehen. Grundsätzlich positiv bewertet wird, dass sich auch die

Private Krankenversicherung an den Kosten des Gesundheitskiosks beteiligen müsste. Es ist sicherzustellen, dass die Finanzierung nicht kleinteilig, sondern pauschaliert erfolgt. Wichtig wäre zudem, dass finanzschwache Kommunen in die Lage versetzt werden, Gesundheitskioske zu errichten.

Die BAGFW weist darauf hin, dass die bisherige Entwurfsfassung dieser Regelung noch keine Aussagen trifft, wie die bereits bestehenden Gesundheitskioske in die Regelversorgung übertragen werden können. Es muss sichergestellt werden, dass diese weitergeführt werden und refinanziert werden können.

### **§ 73a Primärversorgungszentren**

Die BAGFW begrüßt den Ansatz, die hausärztliche Primärversorgung zu stärken, nachdrücklich. Die beschriebenen zusätzlichen koordinierten, kooperativen und versorgungssteuernden Versorgungselemente für ältere und multimorbide Patient:innen können eine entscheidende Verbesserung der Versorgung bewirken. Zukunftsweisende Modelle der Primärversorgung müssen jedoch multiprofessionell ausgerichtet sein und neben gesundheitlicher Versorgung auch Prävention, Gesundheitsförderung, soziale Beratung und sozialräumliche Angebote vorhalten. Dieser Zielsetzung wurden die im Arbeitsentwurf vorgelegten Regelungsvorschläge nicht gerecht: Anstatt sich an Konzepten für Community Health Centers, die in vielen anderen Ländern, zum Beispiel in Kanada und im Vereinigten Königreich Großbritannien, schon lange umgesetzt sind, zu orientieren, zeichnet der Entwurf eher das Bild eines erweiterten Ärzt:innenhauses, das sich durch ein zusätzliches Versorgungsangebot auszeichnet und mit Gesundheitskiosken, ÖGD und weiteren Leistungserbringern in der Kommune über Kooperationsvereinbarungen verbunden sein sollte. Mit dieser Ärzt:innenzentrierung blieb der Entwurf weit hinter seinen Möglichkeiten zurück. Primärversorgungszentren müssen mehr sein als ein MVZ, indem sie zu einer wirklichen Verbesserung der Patientenversorgung grundsätzlich einen Rahmen für teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit bieten.

Dass PVZ grundsätzlich aus einem Team von drei Hausärzt:innen mit vollen Versorgungsaufträgen bestehen sollen, würde in der Praxis bedeuten, dass PVZ in vielen, gerade ländlichen Regionen mit vorwiegend kleineren Praxen nicht implementiert werden können. Die BAGFW schlägt vor, die Voraussetzungen hier niedriger anzusetzen, beispielsweise auf zwei statt drei Versorgungsaufträge zu reduzieren, die neben der hausärztlichen Versorgung ggf. auch die kinderärztliche oder gynäkologische Primärversorgung beinhalten können.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hausärzt:innen mit anderen Gesundheitsfachberufen ist aus Sicht der BAGFW quintessenziell für die Versorgungsformen der Zukunft. Die für die PVZ vorgeschlagene Finanzierung der zusätzlichen koordinierten, kooperativen und versorgungssteuernden Versorgungselemente über den EBM ließ jedoch darauf schließen, dass man hier an ein Delegationsmodell dachte, bei dem Aufgaben auf ärztliche Weisung und unter ärztlicher Verantwortung von nichtärztlichen Berufsgruppen übernommen werden. Die zusätzlichen Versorgungselemente sollten jedoch nicht in einem Delegationsmodell erfolgen, sondern von verschiedenen nichtärztlichen Berufsgruppen wie Community Health Nurses, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und ggf. weiteren Berufsgruppen eigenständig ausgeführt werden können.

Ein erster Schritt zum Aufbau einer wirklich multiprofessionellen Primärversorgung wäre es, Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske unter einem Dach und in gemeinsamer Trägerform zu errichten, mit einer kooperativen ärztlichen und pflegerischen Leitung und einem gemeinsamen Dokumentationssystem. Allein auf Kooperationsvereinbarungen zu setzen ist nicht genug. Bei Bedarf können weitere Gesundheitskioske in der Region über Kooperationsvereinbarungen an die Primärversorgungszentren mit integrierten Gesundheitskiosken angeschlossen werden. Sicherzustellen wäre zudem, dass interprofessionelle Teambesprechungen und bei Bedarf auch interprofessionelle Fallkonferenzen in den PVZ finanziert werden

Der Arbeitsentwurf sah die Gründung durch einen zugelassenen Arzt oder ein MVZ oder eine Praxisgemeinschaft vor. Gründungsberechtigt sollten nach Auffassung der BAGFW auch KVen und Kommunen sein, die ein PVZ als Eigeneinrichtung betreiben können sollten. Denn ein wesentliches Ziel des PVZ ist, der Unterversorgung entgegenzuwirken. PVZ sollten somit vor allem in Planungsbezirken, in denen ein Vertragsarztsitz für Allgemeinmedizin vakant ist, entstehen. Es sollte zudem explizit auch ermöglicht werden, dass das aus drei Hausärzt:innen bestehende PVZ auch eine Zweigpraxis in der Region errichten kann, denn PVZ sollen gerade, aber aus Sicht der BAGFW nicht ausschließlich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen entstehen, was ebenfalls zu begrüßen ist.

Eine Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und sozial-medizinischer Beratung in der Konzeption des PVZ bietet sich auch vor dem Hintergrund an, dass PVZ nur durch Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit der Kommune, in der sie liegen, oder mit dem Gesundheitskiosk der Kommune entstehen können. Auch hier sind die Synergieeffekte zu den Angeboten und Aufgabenbereichen der Kommunen zu nutzen. Zu denken ist dabei z.B. an eine verstärkte Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe, etwa wenn es um Gewalt oder sexuellen Missbrauch von Kindern geht oder zu Angeboten der offenen sozialen Altenarbeit im Rahmen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII. Hier kann die Unterstützung vom präventiven Hausbesuch älterer hilfe- oder pflegebedürftiger Menschen bis hin zur Vorbeugung von Vereinsamung durch Vermittlung in Begegnungsstätten, Mittagstischen oder Freizeitangeboten reichen. In die Kooperationsverträge sind daher sowohl Pflegestützpunkte als auch der ÖGD verpflichtend einzubinden.

Für Primärversorgungszentren als Einrichtungen der Daseinsvorsorge in unterversorgten Gebieten sollte eine gestufte Vergütung bestehend aus einem Anteil für langfristige Investitionen in eine koordinierte interprofessionelle gesundheitliche Versorgung in der Region und einem Anteil mit Leistungsbezug geprüft werden.

Für die Anschubfinanzierung genutzt werden sollte § 105 SGB V. Es ist zu prüfen, ob zu diesem Zweck § 105 Absatz 1a Satz 2 Nummer 4, der die Förderung von Eigeneinrichtungen sowie von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung vorsieht, explizit um den Fördertatbestand PVZ erweitert werden sollte.

## **§ 140b Gesundheitsregionen**

Ziele einer Gesundheitsregion als vertragliches Konstrukt zwischen Krankenkassen und den Kommunen sollten die Behebung von Defiziten in der Prävention und Gesundheitsförderung, die Überwindung von Schnittstellen (insbesondere im formalen und rechtssicheren Aufbau kommunaler Präventionsketten) sowie die Verbesserung

des Zugangs zur regionalen Versorgung sein. Der Ansatz, regionale Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung zu schaffen, ist grundsätzlich sehr zu begrüßen. Gesundheitsregionen können ein Schritt hin zu einer regionalen, partizipativen und demokratischen Planung und Weiterentwicklung von Primärversorgungsstrukturen sein. Wir bedauern daher sehr, dass dieser innovative Ansatz im vorliegenden Referentenentwurf nicht mehr enthalten ist und möchten anregen, die bisherigen Regelungsvorschläge erneut aufzunehmen.

Angesichts des umfassenden Auftrags einer Gesundheitsregion griff der Regelungsvorschlag jedoch zu kurz, dass nur Krankenkassen und Kommunen die Träger der Gesundheitsregion sein sollten. Prävention und Gesundheitsförderung sind gemeinschaftliche Aufgaben und sollten neben den Kommunen und den Krankenkassen auch von den Pflegekassen getragen werden.

Positiv zu bewerten war, dass, anders als bei den Selektivverträgen der Besonderen Versorgung nach § 140a, keine Einschreibung der Versicherten erforderlich ist. Da i.d.R. die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zusammen mit den Kommunen Gesundheitsregionen errichten sollen, kann die gesamte Wohnbevölkerung einer Region i.S. eines populationsorientierten Ansatzes adressiert werden<sup>2</sup>. Sehr begrüßenswert war zudem, dass die Belange von Menschen mit Behinderung explizit besonders berücksichtigt werden sollten.

Den Regelungsvorschlag, dass die Organisation einer Gesundheitsregion auch an Dritte übergeben werden kann, unterstützen wir nicht uneingeschränkt. Wir sehen mit Sorge, dass in diesem Zusammenhang neue Managed-Care-Unternehmen entstehen können, die sich nicht dem Gemeinwohl verpflichtet sehen, sondern vor allem ökonomische Aspekte in die Netzwerkkoordination einbringen.

Zu wenig deutlich wurde im Arbeitsentwurf, dass ein weiterer Fokus der Arbeit der Gesundheitsregion neben der Prävention und Gesundheitsförderung in den Settings unbedingt auf der Bekämpfung von gesundheitlicher Unterversorgung hochvulnerabler Gruppen, wie z.B. wohnungsloser Menschen, Geflüchteter, aber auch Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität, liegen muss. Bei der Identifikation der Bedarfe und der Schaffung entsprechender Unterstützungsstrukturen, wie z.B. kostenfreien Behandlungsangeboten des ÖGD oder der Schaffung von Clearingstellen als Anlaufstellen für Nichtversicherte, kommt dem ÖGD, der mit dem nicht veröffentlichten Arbeitsentwurf gestärkt würde, eine entscheidende Rolle zu, was die BAGFW nachdrücklich begrüßte.

Von zentraler Bedeutung hingegen war auch der Ausbau von mobilen Angeboten, um Arztpraxen oder präventive Angebote erreichen zu können. Neben Shuttle-Services oder Patientenbussen, die Menschen auf dem Land abholen und in Arzt- oder Heilmittelerbringerpraxen bringen, sollten dabei auch mobile, aufsuchende Angebote ausgebaut werden.

---

<sup>2</sup> Interessant ist in diesem Zusammenhang auch der Ansatz der AOK in ihrem Modell einer „Regionalen sektorenunabhängigen Versorgung“, das Vertragskonstrukt als Beitrittsmodell auszugestalten und die Versorgungsmöglichkeiten allen Versicherten der Region zugänglich zu machen, sofern der Anteil der Versicherten in den an der Gesundheitsregion beteiligten Kassen mehr als 70 Prozent beträgt und die Leistungserbringenden zugestimmt haben.

Die Koordinierungs- und Steuerungsstrukturen von Gesundheitsregionen sollten partizipativ ausgestaltet sein. Zudem sollten neben den Leistungserbringern auch Selbstorganisationen aktiv einbezogen werden. Wesentlich ist, dass den regionalen Versorgern vor Ort weitreichende Spielräume gegeben sind, um die Versorgung angepasst an den jeweiligen regionalen Bedarfen, Gegebenheiten und Erfordernissen ausgestalten zu können. Erfolgreiche, in der Praxis bereits bewährte Gesundheitsregionen und Gesundheitskonferenzen sollen Bestandsschutz erhalten bzw. auf Basis der gesetzlichen Grundlage unterstützt und weiterentwickelt werden.



## D. Zusätzlicher Ergänzungsbedarf

### § 45 SGB XI: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Neben den Beratungen gem. § 37 Abs. 3 SGB XI richten sich die Beratungen gem. § 45 SGB XI an pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, die großen Einfluss auf die Lebensbedingungen der pflegebedürftigen Person haben. Aufgrund der Verortung der Leistungserbringung bei den Pflegekassen sind die Zugänge zu häuslichen Schulungen erschwert. Damit eine häusliche Schulung erfolgen kann, muss entweder die Pflegekasse des/der jeweiligen Versicherten eine solche Schulung in der Häuslichkeit direkt anbieten oder mit dem versorgenden Pflegedienst einen Vertrag nach § 45 SGB XI geschlossen haben.

Viele Pflegekassen schließen die Vereinbarungen nicht flächendeckend ab. Dadurch kann kein bedarfsdeckendes Unterstützungs- und Entlastungsangebot für die pflegebedürftigen und die Pflegepersonen entstehen.

Die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Pflegekurs oder einer Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen darf für pflegende Angehörige nicht länger davon abhängen, ob die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag mit einzelnen Leistungserbringerverbänden geschlossen hat. Die Vertragsregelung ist durch einen individuellen Rechtsanspruch zu ersetzen. Die Angehörigen und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierten Personen müssen einen qualifizierten Anbieter frei wählen können. Die Beseitigung des bestehenden Flickenteppichs und die Sicherstellung eines flächendeckenden niedrighwelligen Zugangs zum unterstützenden Leistungsangebots nach § 45 SGB XI ist mittels Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang der Pflegekassen bei vorliegenden qualitätsgesicherten Angeboten) erreichbar. Dies ermöglicht den ambulanten Diensten den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes an Schulungen im Rahmen von Pflegekursen und häuslichen Angeboten, die von allen Pflegekassen finanziert werden. Mit dieser Änderung ist zudem eine Entbürokratisierung verbunden, da Verhandlungen bzw. Bewerbungen auf Vergabeverfahren mit einzelnen Pflegekassen und Beitrittsverfahren sowie aufwendigen Listenführungen entfallen.

### Änderungsbedarf

(1) ~~Die Pflegekassen haben für~~ Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen **haben Anspruch auf unentgeltliche** Schulungskurse, **die die Pflegekassen durchzuführen**, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse **und Schulung in der Häuslichkeit-können** haben die Bundes- oder Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Vereinigungen der Träger von Einrichtungen oder den Trägern der Einrichtungen zu schließen, die die Pflegekurse durchführen.

### **§ 126 Absatz 1a SGB V: Streichung des Präqualifizierungserfordernisses von Pflegeeinrichtungen für die Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen**

Stationäre Einrichtungen müssen sich alle fünf Jahre durch eine akkreditierte Präqualifizierungsstelle für die Versorgung mit Inkontinenzmaterialien zertifizieren lassen. Das ist überflüssig, denn die Pflegefachkräfte sind qua Ausbildung für die Versorgung mit Inkontinenzmaterialien qualifiziert. Eine Zertifizierung stellt eine unnötige bürokratische Hürde und zudem eine finanzielle Belastung dar.

#### **Änderungsbedarf:**

Streichung des Präqualifizierungserfordernisses in § 126 Absatz 1a SGB V

### **E-Rezept: auf Dauer angelegter Rezept-Ausdruck auf einmaligen Wunsch der Patient:innen**

Rezepte werden nach § 360 Abs. 9, Erster Satz, SGB V seit Anfang des Jahres 2024 auf Wunsch von Versicherten in der Regel elektronisch und nur auf Nachfrage als Ausdruck zur Verfügung gestellt. Für bestimmten Personengruppen, etwa Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, kann es allerdings aus verschiedenen Gründen bereits eine Hürde sein, bei jedem Praxisbesuch daran zu denken, den Ausdruck anzufordern. Gerade für diese Personengruppen aber könnten Ausdrucke einfacher zu handhaben sein als das E-Rezept. Daher schlagen wir vor, durch eine gesetzliche Ergänzung im § 360 Abs. 9 SGB V sicherzustellen, dass der Wunsch der Versicherten, ob sie einen Ausdruck grundsätzlich immer und bei jedem Praxisbesuch wünschen, vor Ort durch die jeweilige Arztpraxis einmalig erhoben wird. Ergänzend sollten Versicherte die Möglichkeit erhalten, eine entsprechende Willensbekundung, die sich auf alle Verordnungen Ausstellenden richtet, an ihre Krankenkasse mitzuteilen. Diese Information müssten behandelnde Arztpraxen und weitere Verordnungen Ausstellende jeweils abrufen und ihr Folge leisten können. Es sollte zudem geregelt werden, dass die Willensbekundungen in den erforderlichen Fällen auch über die rechtlichen Vertreter:innen erfolgen können.

#### **Änderungsbedarfe:**

§ 360 Abs. 9, SGB V sollte wie folgt geändert werden:

(9) Versicherte können gegenüber den in Absatz 2 Satz 1 genannten Leistungserbringern sowie den in Absatz 4 Satz 1 genannten Psychotherapeuten wählen, ob ihnen die für den Zugriff auf ihre ärztliche oder psychotherapeutische Verordnung nach den Absätzen 2 und 4 bis 7 erforderlichen Zugangsdaten barrierefrei entweder durch einen Ausdruck in Papierform **oder**, elektronisch **oder in beiden Formen** bereitgestellt werden sollen. **Versicherte haben dabei die Möglichkeit ihre Wahlentscheidung durch eine einmalige Bekundung für eine unbegrenzte Geltungsdauer zu fällen. Die Geltung verliert ihre Gültigkeit bei Widerruf oder einer neuen, anders lautenden Entscheidung.**

## **§ 43a: Sicherung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen in den Sozialpädiatrischen Zentren**

Nach § 43a SGB V haben versicherte Kinder Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Ein Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung besteht hingegen nicht. Diesbezügliche Kosten wurden bislang von den Trägern der Kinder und Jugendhilfe bzw. Eingliederungshilfe getragen, die sich aktuell nach einem Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg zunehmend aus der Finanzierung zurückziehen. Die GKV sieht sich mit Verweis auf den Gesetzestext nicht in der Leistungspflicht.

### **Änderungsbedarf:**

Aus der Sicht der Freien Wohlfahrtspflege ist es wichtig, die entstandene Versorgungslücke zu schließen und Rechtsunsicherheiten zu beseitigen.

Da die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen eng mit der Krankenbehandlung chronisch kranker und behinderter Kinder verbunden sind, regen wir an, zu prüfen, ob durch eine Ergänzung des § 43a SGB V die gesetzlichen Krankenkassen mit der Leistungsträgerschaft für die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Behandlungsleistungen betraut werden können.

Berlin, 30.04.2024

Bundesarbeitsgemeinschaft  
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

David Hirsch  
Geschäftsführer

### Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix ([elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de))

Dr. Maike Grube ([maike.grube@diakonie.de](mailto:maike.grube@diakonie.de))

Christian Hener ([c.hener@drk.de](mailto:c.hener@drk.de))

Iman Sakkaki ([iman.sakkaki@awo.org](mailto:iman.sakkaki@awo.org))

Luca Torzilli ([gesundheit@pariataet.org](mailto:gesundheit@pariataet.org))