

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz GVSG: Änderungsvorschläge

*Fett hervorgehoben sind die Stellen für die Änderungen und im Änderungsvorschlag zusätzlich **gelb** hervorgehoben*

BMG Referentenentwurf: §65g (Gesundheitskiosk)	Änderungsvorschlag
Name ... Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune ...	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in kommunalen Strukturen
(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 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, strukturschwachen oder unterversorgten Regionen, die insbesondere über medizinische Behandlungsmöglichkeiten, Prävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) und Gesundheitsförderung sowie soziale Versorgungsangebote beraten (Gesundheitskiosk)..“
	(1a neu) Existiert in einer Region bereits ein nach §87b akkreditiertes Praxisnetz, so ist dieses in die Ausgestaltung per Kooperationsvertrag einzubinden. Alternativ zur Etablierung einer Zusatzeinrichtung können Praxisnetzwerke auch mit der Umsetzung der Aufgaben nach (2) betraut werden.
(2) 7: die Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes	die Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes, bevorzugt durch ein nach §87b anerkanntes Praxisnetzwerk.
(2) 8: die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben im Rahmen ärztlicher Delegation.	die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben im Rahmen ärztlicher Delegation.
(2) letzter Absatz: „Die Leitung des Gesundheitskioskes übernimmt eine Pflegefachkraft. “	Die fachliche Leitung des Gesundheitskioskes übernimmt eine Fachkraft mit mehrjähriger Berufserfahrung im Gesundheitswesen, (z.B. Pflegefachkraft, Versorgungsassistenz (Verah, NäPa), PA, Geburtshelfer).

BMG Referentenentwurf: §73a (Primärversorgungszentrum)	Änderungsvorschlag
	(1a neu) Primärversorgungszentren sind analog zu Praxisbesonderheiten von den KVen festzustellen und als Besonderheit den betreffenden Betriebsstätten zuzuordnen.
(2) Ein Primärversorgungszentrum kann von einem zugelassenen Arzt, einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft oder einem medizinischen Versorgungszentrum mit jeweils mindestens drei vollen hausärztlichen Versorgungsaufträgen errichtet werden.	(2) Ein Primärversorgungszentrum kann von einem zugelassenen Arzt, einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft, einem nach §87b anerkannten Praxisnetzwerk oder einem medizinischen Versorgungszentrum mit jeweils mindestens drei vollen hausärztlichen Versorgungsaufträgen errichtet werden. Verteilen sich die Versorgungsaufträge auf mehrere Betriebsstätten, so setzt dies die Akkreditierung nach §87b voraus.

BMG Referentenentwurf: §140b (Gesundheitsregion)	Änderungsvorschlag
(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.	(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten alleine oder unter Einbindung regionaler Praxisnetzwerke 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.
	(1a neu) Um Doppelstrukturen zu vermeiden sollen nach §87b anerkannte Praxisnetzwerke aktiv in die Konzeptionierung und per Kooperationsvertrag in die Umsetzung eingebunden werden.
	(2) Aufzählung 5. Sichtbarmachung und Verbesserung der Versorgungsqualität vor Ort
	(3a neu) Neben den Strukturkosten nach (3) können nicht gebundene Mittel des Innovationsfonds durch das BMG für die Aufgaben nach (2) in einen Transformationsfonds umgewidmet und den Kostenträgern zur Anschubfinanzierung zur Verfügung gestellt werden. Die Einzelheiten zur Mittelverwendung des Transformationsfonds legt der Spitzenverband der Krankenkassen zusammen mit dem BMG bis 31.12.2024 fest.

<p>(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.</p>	<p>(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 anzustreben.</p>
<p>(4) ... 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.“</p>	<p>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 entsprechende Verträge binnen zwölf Monaten abzuschließen sind.</p>
<p>(5)</p>	<p>(5) Kommt es nicht zu einer Vertragsvereinbarung oder verzögern sich die Verhandlungen, so ist das Landesgesundheitsministerium oder eine damit beauftragte Stelle auf Antrag einer Vertragspartei einzuschalten. Die Behörde ist zu einer Ersatzvornahme bzw. zur Anordnung einer Vereinbarung nach billigem Ermessen berechtigt.</p>