

hinsichtlich der Sicherheit der Impfstoffe verbunden waren und sind, stehen auf der anderen Seite auch schweres Leid aufgrund von Post-/Long-COVID und Post-Vac gegenüber. Die Häufigkeit beider Zusammentreffen in den Komplexfällen und der pandemische öffentliche Impfdruck sind Anlass für rechtspolitische Überlegungen zur Einrichtung eines Entschädigungs- und Härtefallfonds in Stiftungsform, der einem sozialen Aufopferungsgedanken zum Ausgleich solcher schwerwiegender Schäden folgt⁵⁸.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

58) Dazu in einem arzt haftungsrechtlichen Zusammenhang *Hart*, MedR 2023, 110–115; zur früheren rechts- und gesundheitspolitischen Diskussion *Bollweg*, MedR 2023, 103–110; zur Diskussion des Fonds *Katzenmeier*, MedR 2023, 118, 124 ff.

<https://doi.org/10.1007/s00350-023-6509-6>

Gesundheitskioske als Gegenstand des Gesundheitsrechts – zwischen Sozialraum und GKV

Amelie Foltmann und Andrea Kießling

Abstract

Im Sommer 2022 kündigte Bundesgesundheitsminister Lauterbach an, den gesetzlichen Rahmen für die Errichtung von bis zu 1.000 Gesundheitskiosken in Deutschland schaffen zu wollen. Bei Gesundheitskiosken handelt es sich um vergleichsweise neue Einrichtungen, die derzeit nur in vereinzelt Regionen im Rahmen eines Selektivvertrags nach § 140 a SGB V betrieben werden. Sie zeichnen sich durch eine gezielte Orientierung an den Bedürfnissen der Bürger und einen sozialräumlichen Ansatz aus und sind ein Beispiel dafür, dass die Grenze zwischen der Zuständigkeit der Kommunen und der GKV in der Praxis zunehmend verschwimmt. Der Plan des Gesundheitsministeriums sieht vor, die Gesundheitskioske nun in die Regelversorgung der GKV zu überführen. Der Beitrag stellt das Konzept der Kioske vor, ordnet sie gesundheitsrechtlich ein und beschäftigt sich mit der Frage, wie sie im SGB V verankert werden könnten.

I. Gesundheitskioske als neue Versorgungsform

Bei Gesundheitskiosken handelt es sich um Einrichtungen, die an gut erreichbarer, zentraler Stelle (z. B. auf dem Marktplatz oder in einer Fußgängerzone) in ausgewählten Wohnvierteln liegen und eine Anlaufstelle für die dortige Bevölkerung darstellen. In Deutschland gibt es seit einigen Jahren Gesundheitskioske u. a. in Hamburg¹, Aachen² und Essen³. Weitere Kioske sind bereits in Planung⁴.

In den Gesundheitskiosken werden die Personen ohne vorherige Terminvergabe von Nichtmedizinerinnen

„ganzheitlich beraten, unterstützt und geschult“⁵. Die Leistungen bestehen nicht aus medizinischen Behandlungen, sondern aus verschiedenen Elementen der Prävention und Beratung. So können in den Räumen des Gesundheitskiosks Präventionskurse und Informationsveranstaltungen stattfinden. Charakteristisches Merkmal der Gesundheitskioske ist aber die Beratung durch geschultes Fachpersonal: Zum einen werden die Inanspruchnehmenden in sozialen oder administrativen Fragen beraten. So kann Personen, die nicht wissen, an wen im Gesundheitssystem sie sich mit einem konkreten gesundheitlichen Problem wenden sollen, durch Erläuterung des Systems oder durch Vermittlung eines Termins geholfen werden⁶ (Lotsenansatz); der Gesundheitskiosk fungiert hier als Brücke⁷ zur medizinischen Versorgung. Die Unterstützung und Beratung erfolgt aber nicht nur in Bezug auf das Gesundheitssystem, sondern auch in Bezug auf das sonstige Sozialwesen: Die Bedarfsermittlungen, Beratungs- und Vermittlungsleistungen umfassen Koordinationstätigkeiten zu Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, der Kommunen (z. B. Jugendamt, Sozialamt) sowie auch Leistungen von Wohl-

Prof. Dr. iur. Andrea Kießling,
Inhaberin der Professur für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Migrationsrecht
sowie geschäftsführende Direktorin des Instituts
für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht (ineges),
Goethe-Universität Frankfurt am Main, Deutschland

Amelie Foltmann, Wissenschaftliche Mitarbeiterin ebenda

1) www.gesundheit-bh.de/gesundheitskiosk, Zugriff am 5. 5. 2023; eine Beschreibung aus dem Jahr 2017 findet sich bei *Hommel*, G+G 11/2017, 16.
2) www.gesundheitskiosk-aachen.de, Zugriff am 5. 5. 2023.
3) www.gesundheitskiosk.ruhr, Zugriff am 5. 5. 2023.
4) Duisburg-Marxloh, Solingen und Krefeld (*Altin/Mohrmann/Wehner*, G+S 3/2022, 34); Wiesbaden (www.wiesbadener-kurier.de/lokales/wiesbaden/stadt-wiesbaden/wiesbaden-gesundheitskiosk-ist-fuer-dieses-jahr-geplant-2452295, Zugriff am 5. 5. 2023).
5) Innovationsausschuss beim G-BA, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/invest-billstedt-horn-hamburg-billstedt-horn-als-prototyp-fuer-eine-integrierte-gesundheitliche-vollversorgung-in-deprivierten-grossstaedischen-regionen.73>, Zugriff am 5. 5. 2023.
6) *Löcherbach*, G+G 10/2021, www.gg-digital.de/2021/10/thema-des-monats/die-karte-im-kopf/index.html, Zugriff am 5. 5. 2023.
7) Hierzu *Gruhl*, Gesundheitskioske – eine Einordnung zur geplanten Einführung, www.observer-gesundheit.de/gesundheitskioske-eine-einordnung-zur-geplanten-einfuehrung, Zugriff am 5. 5. 2023.

fahrtsverbänden⁸. Zum anderen kann die Beratung auch aufgrund ärztlicher „Überweisung“⁹ zustandekommen – so können Ärztinnen Patienten an die Gesundheitskioske zur weiteren Beratung und Unterstützung verweisen¹⁰. Hier verbindet sich der Lotsenansatz mit einem Case-Management-Ansatz¹¹.

Der Gesundheitskiosk soll die Kommunikation sowohl vertikal zwischen den Leistungserbringern als auch horizontal zwischen den Leistungserbringern und den Stadtteilerrichtungen fördern¹². Er arbeitet an der Schnittstelle von Gesundheitssystem und Sozialwesen, die Tätigkeiten sind sektoren- sowie träger- und professionsübergreifend¹³. Besonders hervorgehoben wird die Überwindung von Sprachbarrieren durch mehrsprachiges Personal: Idealerweise werden die Betroffenen in ihrer Muttersprache beraten¹⁴.

1. Bevölkerungsbezug

Die Leistungen des Gesundheitskiosks sollen der Bevölkerung des gesamten Stadtteils zur Verfügung stehen. Das Angebot richtet sich durch die niederschwellige Ausgestaltung („Walk-in-Prinzip“: keine Terminvergabe notwendig) und die zentrale Lage an alle und nicht nur an Personen, die sich auf der Suche nach diesen Leistungen befinden. Aktuell besteht aufgrund der selektivvertraglichen Regelung¹⁵ noch die Besonderheit, dass nur die Versicherten der beteiligten Krankenkassen die Leistungen in Anspruch nehmen dürfen. Dies würde durch eine Übernahme in die Regelversorgung insofern geändert, als Gesundheitskioske dann allen gesetzlich Versicherten zur Verfügung stünden. Aber auch Privatversicherte oder Nichtversicherte sollen die Angebote nutzen dürfen. Gesundheitskioske verfolgen somit einen bevölkerungsbezogenen und keinen individual- oder versichertenorientierten Ansatz.

2. Gesundheitliche Ungleichheiten

Gesundheitskioske sollen auch in Zukunft in Deutschland nicht flächendeckend, sondern nur gezielt in benachteiligten bzw. sozial und/oder medizinisch deprivierten Regionen oder Stadtteilen eingerichtet werden¹⁶. Gemeint sind Stadtteile, in denen der Gesundheitszustand der Bevölkerung im Durchschnitt schlechter ist als in wohlhabenderen Stadtteilen, was zum einen auf den sozioökonomischen Status und zum anderen auch auf die Unterversorgung der Stadtteile mit niedergelassenen Ärztinnen¹⁷ zurückgeführt werden kann¹⁸. So werden in Hamburg die Bewohner in den unterversorgten Stadtteilen Billstedt und Horn bis zu zehn Jahre früher chronisch krank als in wohlhabenderen Hamburger Stadtteilen¹⁹. Dort, wo die Ärztinnendichte gering ist, sucht die Bevölkerung häufiger die Notaufnahmen von Krankenhäusern auf²⁰, was zu einer Fehlsteuerung der Ressourcen im Gesundheitssystem führt.

Anders als andere Beratungsangebote sollen Gesundheitskioske in Deutschland²¹ nach den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums gerade als Antwort auf diese gesundheitlichen Ungleichheiten konzipiert werden²², ihr Hauptaugenmerk liegt bei der Zielgruppe auf sozioökonomisch Benachteiligten²³, deren Gesundheitsstatus verbessert werden soll²⁴. Damit unterscheidet sich der Ansatz der Gesundheitskioske z. B. von dem der seit 2000 bestehenden Unabhängigen Patientenberatung (UPD), die ihre Rechtsgrundlage in § 65b SGB V hat und „kostenfrei zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen berät und informiert“²⁵. Laut eigener Aussage unterstützt die Beratung der UPD „Ratsuchende dabei, sich im deutschen Gesundheitssystem besser zurechtzufinden und Entscheidungen selbstbestimmt, eigenverantwortlich und auf informierter Grundlage zu treffen“²⁶. Es findet aber weder eine Koor-

8) Altin/Mohrmann/Wehner, G+S 3/2022, 30.

9) Sogenanntes *social prescribing*, zum Begriff Husk/Blockley/Lovell/Bethel/ Bloomfield/Warber/Pearson/ Lang/Byng/Garside, *Systematic Reviews* 2016, 5:93.

10) Gibis/Fix, G+S 3/2022, 11.

11) Dazu allgemeiner Löcherbach, G+G 10/2021, www.gg-digital.de/2021/10/thema-des-monats/die-karte-im-kopf/index.html, Zugriff am 5. 5. 2023.

12) Balzer, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3/2021, 92.

13) Altin/Mohrmann/Wehner, G+S 3/2022, 30f.

14) Vgl. Abschlussbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung, BT-Dr. 20/1361, S. 189; Lauterbach, Pflegenotstand muss beseitigt werden, Rede im Deutschen Bundestag, 41. Sitzung, 2. 6. 2022, www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/reden/lauterbach-pflegenotstand-muss-beseitigt-werden.html, Zugriff am 5. 5. 2023; Beschluss des Innovationsausschusses beim G-BA gem. § 92b Abs. 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt INVEST Billstedt/Horn (01NVF16025) v. 16. 2. 2022, S. 2, www.innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/138/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023; Balzer, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3/2021, 90f.

15) Dazu noch unten III. 2. a).

16) Website des Bundesgesundheitsministeriums zum Gesundheitskiosk, www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html, Zugriff am 5. 5. 2023.

17) Zur unterschiedlichen Dichte der ambulanten Versorgung verschiedener Stadtteile Vogt/Geene/Rasch, Regionale ambulante Versorgung, 2021, S. 8 m.w.N, www.kommunalpolitik-berlin.de/wp-content/uploads/2021/05/21-05-12-Studie-ambulante-Versorgung.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023.

18) Wild u.a., Evaluationsbericht, S. 8 m.w.N, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023.

19) Balzer, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3/2021, 89; Hommel, G+G 11/2017, 16.

20) Innovationsausschuss beim G-BA, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/invest-billstedt-horn-hamburg-billstedt-horn-als-prototyp-fuer-eine-integrierte-gesundheitliche-vollversorgung-in-deprivierten-grossstaedischen-regionen.73>, Zugriff am 5. 5. 2023.

21) Dies kann im Ausland anders aussehen: So gibt es auch in Finnland Gesundheitskioske („Terveyskioski“), dort liegt ihr Schwerpunkt aber auf der Entlastung von Ärztinnen und Kliniken dadurch, dass die Kioske Routine-Aufgaben wie Impfungen, Kontrolle von Blutdruck und Blutzucker oder Wundversorgung übernehmen, Süddeutsche Zeitung v. 27. 6. 2022, S. 14. Vereinzelt gibt es diese Leistungen auch in Gesundheitskiosken in Deutschland, wobei der Schwerpunkt wohl auf Prävention und Gesundheitsförderung liegt (vgl. die Beschreibung des Gesundheitskiosks „Klara“ in Ostwestfalen in UrbanLand OstWestfalenLippe, *Gesundes Leben im UrbanLand*, 2022, S. 22, www.urbanland-owl.de/fileadmin/user_upload/Downloads/REGIONALE_2022_Gesundes_Leben.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023), einerseits sowie auf der Website (<https://www.klara-gesundheitskiosk.de>, Zugriff am 5. 5. 2023) andererseits.

22) Vereinzelt gibt es auch Landgesundheitskioske (etwa in Thüringen), die in unterversorgten Gebieten eine niedrigschwellige Anlaufstelle darstellen sollen und telemedizinisch an die ambulante Versorgung in der nächstgrößeren Stadt angebunden sind, www.optimedis.de/erster-von-vier-gesundheitskiosken-in-holzbaulweise-von-thueringens-ministerpraesident-bodo-ramelow-eroeffnet, Zugriff am 5. 5. 2023; Folie 20 der Präsentation von Rautenberg, OptiMedis, Aufbau, Umsetzung und Finanzierung regionaler integrierter Gesundheitsnetzwerke, 21. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen 2022).

23) Vgl. z. B. BT-Dr. 20/5392, S. 6.

24) Hierauf wurde der Gesundheitskiosk in Hamburg Billstedt/Horn getestet, s. Fn. 5.

25) Vgl. www.patientenberatung.de, Zugriff am 5. 5. 2023.

26) www.patientenberatung.de/dokumente/Allgemeine-Beratungsangebot/UPD_Patientenflyer_2020.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023.

dination von Angeboten statt noch richtet sich die UPD ausdrücklich an eine bestimmte Zielgruppe.

Der Ansatz von Gesundheitskiosken unterscheidet sich auch von anderen Modellprojekten wie den Gesundheitslotsen: Zwar bestehen insofern Überschneidungen, als auch Gesundheitslotsen über die Grenzen von Sektoren und Sozialgesetzbüchern hinweg steuern und koordinieren sollen; sie sollen allerdings bei komplexen Versorgungsbedarfen mit hohem Koordinierungsaufwand (z. B. in der Geriatrie, der Onkologie, bei Herz-Kreislauf- und psychiatrisch-neurologischen Erkrankungen oder übergreifend bei Multimorbidität) zum Einsatz kommen²⁷, also bei Personen, die bereits Patienten bei einer Ärztin sind.

3. Die aktuellen Pläne des Bundesgesundheitsministeriums

In Hamburg wurde das Projekt in Billstedt/Horn (INVEST) im Zeitraum 2017–2020 evaluiert. Die Evaluation ist hauptsächlich positiv ausgefallen²⁸: So führte die neue Versorgungsform zu einer Zunahme ambulanter Arztbesuche und einer Senkung vermeidbarer, sogenannter „ambulant-sensitiver“ Krankenhausbehandlungen („ASK-Rate“)²⁹. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung konnte hingegen nicht festgestellt werden³⁰ und es konnte keine Aussage über die Wirtschaftlichkeit des Versorgungsmodells getroffen werden³¹. Der Innovationsausschuss beim G-BA hat im Februar 2022 die Überführung von Ansätzen der neuen Versorgungsform Gesundheitskiosk in die Regelversorgung nach dem SGB V empfohlen³². Ende August 2022 präsentierte Minister Lauterbach Eckpunkte für eine Gesetzesinitiative, die langfristig zur Errichtung von 1.000 Gesundheitskiosken in Deutschland führen soll. In den Gesundheitskiosken sollen keine individuell abrechenbaren Leistungen erbracht werden³³ und es ist keine Anbindung an die Telematikinfrastruktur geplant³⁴.

Mit der Initiative soll auch eine Ankündigung aus dem Koalitionsvertrag³⁵ umgesetzt werden. Anfang Januar wurde bekannt, dass die Gesundheitskioske Teil des sogenannten Versorgungsgesetzes I sein sollen, das noch 2023 verabschiedet werden soll³⁶. Bislang wurde aber noch kein Gesetzentwurf vorgelegt.

II. Die Verortung von Gesundheitskiosken an der Schnittstelle von Gesundheitsleistungen und Sozialer Arbeit

Aufgrund ihres Namens und der aktuellen Pläne, ihre Rechtsgrundlage im SGB V zu verankern, erscheinen Gesundheitskioske als Teil des Gesundheitssystems. Bei genauerer Betrachtung liegt ihr eigentlicher Aufgabenschwerpunkt aber nicht auf der Erbringung von Gesundheitsleistungen im Sinne des SGB V, sondern – insbesondere beim Lotsenansatz – auf einer Erleichterung des Zugangs zum Gesundheitssystem durch Verfolgung eines sozialräumlichen Ansatzes mithilfe auch sozialarbeiterischer Instrumente. In der Formulierung der Bundesregierung: Die Gesundheitskioske sollen den „Zugang in die bereits bestehende präventive und kurative Gesundheitsversorgung organisieren“³⁷.

1. Zugang zum Gesundheitssystem

Zugang zum Gesundheitssystem hat nicht bereits jeder Versicherte dadurch, dass das SGB V Ansprüche auf bestimmte Leistungen regelt. Zugang besteht auch nicht bereits dadurch, dass in einer Gemeinde gemessen an der Einwohnerzahl eine bestimmte Anzahl an niedergelassenen Hausärztinnen und Fachärztinnen ihren Sitz hat. Zugang zum Gesundheitssystem erfordert auf Seite des Systems zunächst auch eine gewisse Wohnortnähe und eine barrierefreie Er-

reichbarkeit der vorhandenen Leistungserbringer inklusive einer zeitnahen Terminvergabe. Auf Seiten der Patienten wiederum bedarf es einer gewissen Kenntnis der unterschiedlichen Ansprechpartner und Zuständigkeiten innerhalb des Gesundheitssystems (ambulante vs. stationäre Versorgung, hausärztliche vs. fachärztliche Versorgung), die wiederum von verschiedenen Faktoren abhängig ist (wie allgemein dem Bildungsgrad und Sprachkenntnissen)³⁸, erforderlich ist also eine entsprechende Gesundheitskompetenz³⁹. Die Lotsenleistungen von Gesundheitskiosken können dementsprechend nicht mit der Lotsenfunktion von Hausärztinnen⁴⁰ – insbesondere im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung – verglichen werden. So mag ein Hausarzt als „Gesundheitsnavigator“⁴¹ fungieren, sobald ihn eine Patientin mit einem konkreten Bedarf angesprochen hat – dies setzt aber voraus, dass die Patientin den Weg ins Gesundheitssystem bereits gefunden hat. Der Gesundheitskiosk setzt früher an und soll erst den Weg ins System weisen.

Angebote wie die UPD zeigen, dass der Gesetzgeber die Tatsache, dass sich Patienten im Dschungel des Gesund-

- 27) Vgl. z. B. die Vorschläge des Bundesverbands Managed Care e. V. (BMC), Gesundheitslotsen – Wegbegleiter für eine bessere Versorgung v. 12.1.2023, www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-01-12-BMC-Positionspapier-Gesundheitslotsen.pdf, Zugriff am 5.5.2023; Zum Care- und Casemanagement in solchen Fällen und der möglichen rechtlichen Regelung Ruppel/Gloystein/van den Berg, GesR 8/2022, 488.
- 28) Wild u. a., Evaluationsbericht, S. 121 f., https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf, Zugriff am 5.5.2023.
- 29) Wild u. a., Evaluationsbericht, S. 94 f., 97, 121, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf, Zugriff am 5.5.2023.
- 30) Wild u. a., Evaluationsbericht, S. 94 f., 97, 121, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf, Zugriff am 5.5.2023.
- 31) Wild u. a., Evaluationsbericht, S. 94 f., 97, 121, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf, Zugriff am 5.5.2023.
- 32) Beschluss des Innovationsausschusses beim G-BA gem. § 92b Abs. 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt INVEST Billstedt/Horn (01NVF16025) v. 16.2.2022, S. 1, www.innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/138/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn.pdf, Zugriff am 5.5.2023.
- 33) Antwort der BReg. auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU, BT-Dr. 20/4439, S. 6.
- 34) Antwort der BReg. auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU, BT-Dr. 20/4439, S. 5.
- 35) Koalitionsvertrag 2021–2025, S. 66, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, Zugriff am 5.5.2023.
- 36) Eine Übersicht über die geplanten Inhalte von Versorgungsgesetz I und Versorgungsgesetz II findet sich hier: www.kzvbw.de/wp-content/uploads/BMG_Uebersicht_Versorgungsgesetze-I-und-II-1.pdf, Zugriff am 5.5.2023.
- 37) BT-Dr. 20/4439, S. 4.
- 38) Weitere Faktoren – wie etwa Zeitmangel, der körperliche und seelische Zustand – werden an dieser Stelle ausgeblendet, weil sie nicht im Fokus des Gesundheitskiosk-Ansatzes stehen.
- 39) Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ wird unterschiedlich definiert; nicht alle Definitionen beziehen das Versorgungssystem (bzw. den Zugang zum Versorgungssystem) mit ein. Ausführlich zu den verschiedenen Definitionen bzw. dem Konzept Abel/Sommerhalder, Bundesgesundheitsbl. 9/2015, 923.
- 40) BT-Dr. 15/1525, S. 172 f.
- 41) So die Bundestagsfraktion der CDU/CSU in ihrer Kleinen Anfrage zu Gesundheitskiosken, vgl. mit Antwort der BReg. BT-Dr. 20/4439, S. 5.

heitssysteme nicht zurechtfinden, schon länger als eigenen Bedarf anerkennt. Mit den Gesundheitskiosken wird das zugrundeliegende soziale Problem gegenüber der sehr breit aufgestellten Beratung der UPD konkreter angegangen, indem sozioökonomische Benachteiligungen inklusive Sprachbarrieren als soziales Risiko anerkannt und durch die gesetzliche Regelung verrechtlicht⁴² werden sollen. Der Gesundheitskiosk kann für Personen mit Zugangsproblemen und gleichzeitig bestehenden hohen Versorgungsbedarfen als Einrichtung dienen, die die bestehenden Hürden abbaut oder jedenfalls ein Stück weit reduziert⁴³. Insoweit werden Gesundheitskioske auch als Ansatz verstanden, den „Zustand der mangelnden Patientenorientierung, Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie des Koordinationsdefizits an den Sozial(versicherungs)träger- und Sektorengrenzen zu überwinden“⁴⁴.

2. Sozialraumkonzept

Gesundheitskioske sind so konzipiert, dass sie die Menschen in deren Lebensumfeld „abholen“. Sie sind im Stadtbild leicht auffindbar und es wird kein Termin für eine Beratung benötigt. Das Personal ist so geschult, dass es neben gesundheitlichen auch soziale Bedarfe erkennen kann.

Gesundheitskioske folgen damit dem sogenannten Sozialraumkonzept bzw. Sozialraumansatz. Der Begriff „Sozialraum“ ist in der Sozialwissenschaft in den Details umstritten. Er hat jedenfalls eine territoriale Dimension (Raum als örtliche Struktur) und eine soziale/gesellschaftliche Dimension⁴⁵. Er stellt also nicht Einzelne in den Mittelpunkt, sondern knüpft gerade an einen bestimmten Ort an⁴⁶, den z. B. Sozialarbeiter aufsuchen⁴⁷. Das Sozialraumkonzept ist somit eng verwoben mit der sozialen Arbeit, die über die herkömmlichen Einzelfallhilfen hinaus Lebensbedingungen so gestalten will, dass Menschen in schwierigen Lebenslagen besser zurechtzukommen⁴⁸. Gedacht wird nicht in individuellen Leistungsansprüchen, die die Anspruchsberechtigten bereits kennen und dann selbstständig einfordern müssen, sondern in Netzwerkstrukturen, die verschiedene Akteure einbeziehen und Beratungsleistungen an einem Ort – an dem sich die Menschen bereits aufhalten – bündeln.

Auch andere Lotsenprojekte werden mit einem sozialräumlichen Bezug konzipiert⁴⁹. Allgemein wird der Sozialraumbezug nicht nur mit einer fortschrittlichen Primärversorgung, sondern auch als Antwort auf „sozial ungleich verteilte Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung“ verstanden⁵⁰.

Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist seit 2000 Ziel der Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB V⁵¹. Diese Leistungen wiederum werden gem. § 20a SGB V auch in Lebenswelten erbracht⁵². Sie zielen auf die „Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten“⁵³. Als solche Lebenswelten – bzw. Settings – gelten nach § 20a Abs. 1 S. 1 SGB V für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Beim Setting-Ansatz in Idealform werden die Maßnahmen an den verschiedenen Lebenswelten ausgerichtet, es werden also die Bedingungen von Gesundheit dort gestaltet, wo sich die Menschen im Alltag aufhalten⁵⁴. In der Sache handelt es sich um Verhältnisprävention, d. h. die Verhältnisse werden gestaltet. Das Sozialraumkonzept klingt zunächst diesem Setting- bzw. Lebensweltansatz sehr ähnlich. Der Unterschied – jedenfalls in der Theorie – liegt darin, dass der Settingansatz die Verhältnisse ändern will und nicht unmittelbar auf das Verhalten der Menschen einwirkt. In der Praxis wird jedoch beklagt,

dass Lebenswelten häufig „nur als Zugangswege genutzt werden und in der Praxis dann eher Maßnahmen der Verhaltensprävention stattfinden, etwa Formen der Information oder auch Belehrung“⁵⁵. Insoweit kann die Beratung im Gesundheitskiosk auch als Beratung in einer Lebenswelt eingeordnet werden; die Lebenswelt wird auch hier als Zugangsweg genutzt.

3. Kommunales Gesundheitsrecht oder Krankenversicherungsrecht?

Das deutsche Gesundheitssystem mit seiner Trennung verschiedener Sektoren⁵⁶ und unterschiedlichen Zuständigkeiten für diese Sektoren gilt allgemein als wenig patientenorientiert⁵⁷. Der Gesundheitskiosk kann und will die genannten Probleme der nicht ausreichenden Patientenorientierung und der Unterversorgung in sozial benachteiligten Stadtteilen nicht beheben, aber durch einen neuen „Zugang zum Recht“ auf andere Weise angehen. Das wiederum ist kein medizinischer Ansatz, sondern ein sozialer Ansatz: Der Abbau von Zugangsbarrieren ist eines der Ziele

42) Zur Verrechtlichung sozialer Risiken *Bäcker/Naegele/Bispinck*, Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Bd. 1, 6. Aufl. 2020, S. 1109; vgl. auch *Heinze/Naegele*, Integration und Vernetzung – Soziale Innovationen im Bereich sozialer Dienste, in: *Howalt/Jacobsen*, Soziale Innovation, 2010, S. 309.

43) *Altin/Mohrmann/Wehner*, G+S 3/2022, 30; *Gibis/Fix*, G+S 3/2022, 10.

44) *Altin/Mohrmann/Wehner*, G+S 3/2022, 30; vgl. auch *Luthe*, NDV 2017, 369, ohne Verwendung des Begriffs „Gesundheitskiosk“.

45) *Kessl/Reutlinger*, in: *dies.* (Hrsg.), Sozialraum, 2022, S. 27 ff.

46) Je nach Perspektive und Disziplin wird der Begriff „Sozialraum“ allein über diesen räumlichen Aspekt definiert, vgl. z. B. Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW, *Moderne Sozialplanung. Ein Handbuch für Kommunen*, 2011, S. 38 ff.

47) Das Sozialraumkonzept ist – auch im Recht – insbesondere bekannt im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (*Becker*, in: *ders./Wacker/Banafsche* (Hrsg.), Inklusion und Sozialraum, 2013, S. 17) und im Rahmen der Inklusion von Menschen mit Behinderungen (vgl. die Beiträge in *Becker/Wacker/Banafsche* (Hrsg.), *Inklusion und Sozialraum*, 2013).

48) *Hinte*, VHN 1/2009, 21.

49) Eine entsprechende Forderung stellt der Vorschlag zur Regelung von Gesundheitslotsen des BMC, *Gesundheitslotsen – Wegbegleiter für eine bessere Versorgung* v. 12. 1. 2023, S. 7, auf, <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-01-12-BMC-Positionspapier-Gesundheitslotsen.pdf>, Zugriff am 5. 5. 2023.

50) BMC, *Integrierte Primärversorgungszentren* v. 28. 10. 2022, S. 4, www.bmcev.de/wp-content/uploads/2022-10-BMC-Impulspapier_IPVZ.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023; vgl. auch die Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim G-BA zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung v. 3. 3. 2022, „Themenfeld 5: Sozialraumbezogene Versorgungsmodelle unter Einbeziehung der kommunalen gesundheitsbezogenen Daseinsvorsorge“, S. 8, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/272/2022-03-03_Foerderbekanntmachung_NVF_themenspezifisch_2022.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023.

51) Damals war nur von Leistungen zur primären Prävention die Rede (BGBl. 1999 I, S. 2626), die Gesundheitsförderung wurde erst 2015 durch das PrävG in die Vorschrift eingefügt (BGBl. I S. 1368).

52) Dazu *Gebert*, Verhaltens- und verhältnisbezogene Primärprävention und Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2020, S. 252 ff.

53) BT-Dr. 18/4282, S. 34.

54) *Hartung/Rosenbrock*, Settingansatz–Lebensweltansatz, in: *BZgA*, Leitbegriffe, 22. 6. 2022.

55) *Geene/Heberlein/Buchholtz*, in: *BeckOK-SozR*, 68. Ed. 1. 3. 2023, § 20a SGB V, Rdnr. 6.

56) Zu aktuellen Reformvorschlägen *Wollenschläger*, *NZS* 2023, 8 (Teil 1) und 48 (Teil 2).

57) Dazu *Knieps*, in: *Katzenmeier*, FS f. *Hart*, 2020, S. 327 ff., 331.

des Sozialstaates, der auf Inklusion bzw. auf Teilhabe gerichtet ist⁵⁸. So wie die Beratungs- und Prozesskostenhilfe ökonomische Barrieren durch eine Geldleistung abbauen will⁵⁹, will der Gesundheitskiosk Barrieren einebnen, die durch Informationsdefizite und fehlende Sprachkenntnisse bestehen.

a) Kommunales Gesundheitsrecht

Deswegen liegt es nahe, diese Beratungs- und Anlaufstelle nicht innerhalb des bestehenden, durch das SGB V regulierten Gesundheitssystems zu schaffen, sondern dort einzurichten, wo sich die Menschen im Alltag aufhalten und wo man noch gar nicht weiß, wer Hilfe benötigt, wo also alle Menschen erreicht werden. Dies wiederum wirft die Frage auf, ob nicht die Kommunen – genauer gesagt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) – die eigentlich Zuständigen für die Einrichtung von Gesundheitskiosken wären. Sie kennen und definieren die Sozialräume⁶⁰ und sind Träger der sonstigen Sozialleistungen, zu denen die Gesundheitskioske auch beraten.

Die Verwirklichung sozialräumlicher Konzepte innerhalb eines benachteiligten Stadtteils gehört eigentlich zum Aufgabenbereich der Kommunen, man könnte dies der allgemeinen Daseinsvorsorge zurechnen⁶¹. Die Versorgung der eigenen Bevölkerung mit entsprechenden Sozial- und Gesundheitsleistungen ist eine „Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft“ nach Art. 28 Abs. 2 GG, da sie sowohl in der örtlichen Gemeinschaft wurzelt als auch auf sie einen spezifischen Bezug hat⁶². Anders als die Krankenkassen haben Kommunen einen Fokus auf die gesamte Bevölkerung (nicht nur auf die eigenen Versicherten⁶³) und keine eigenen Interessen⁶⁴, sie sind also neutrale Akteurinnen. Auch das Bundesgesundheitsministerium spricht bei der Vorstellung der Eckpunkte zu den Gesundheitskiosken davon, dass diese „auch Aufgaben der Daseinsvorsorge vornehmen“⁶⁵, will sie aber trotzdem im SGB V verankern⁶⁶.

Man kann diesen Gedanken noch weiterführen und überlegen, ob nicht der Zugang zu „existentiell wichtigen Leistungen und Einrichtungen“ nur „in konkreten räumlichen Zusammenhängen möglich“ ist und Kommunen deswegen eine besondere Verantwortung und Gestaltungsaufgabe zukommt⁶⁷. Gerade weil sie die örtlichen Gegebenheiten kennen und ein flächendeckendes Netz erreichbarer Behörden bilden – sie können die Infrastruktur für die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure bereitstellen⁶⁸ –, können sie zur Zielgerichtetheit sozialer Leistungen beitragen⁶⁹. Schon jetzt enthalten einzelne Gesundheitsdienstgesetze der Länder Regelungen zu „sozialindikativer Gesundheitsplanung“, wozu das „Aufzeigen von Schwachstellen und Problemfeldern in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie die Definition von Schnittstellen einschließlich des Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfs zwischen den verschiedenen Handlungssträgern und Planungsbereichen“ gehört (§ 6 Abs. 2 berl. GDG). Was dies für Einrichtungen an der Schnittstelle von Sozial- und Gesundheitssystem rechtlich bedeutet, wie z. B. diese Regelungen der Gesundheitsdienstgesetze mit dem sonstigen Gesundheitsrecht verzahnt werden können, lohnt der weiteren Untersuchung.

Dass sich Kommunen mit Gesundheitsfragen beschäftigen, ist jedenfalls nicht neu. Auch wenn der Begriff „Gesundheitsrecht“ lange Zeit – insbesondere vor der Coronapandemie – hauptsächlich als Krankenversicherungsrecht verstanden wurde⁷⁰, sind die Kommunen in der Praxis viel weiter⁷¹: Dies zeigen Projekte wie das Gesunde Städte-Netzwerk⁷², die Koordinierungsstelle kommunale Gesundheit in Leipzig⁷³ und auch das SGB V erlaubt mittlerweile die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch einzelne Kommunen⁷⁴. Ein kommunales Gesundheitsrecht hat sich – begrifflich – allerdings noch

nicht herausgebildet⁷⁵; die Gesundheitsdienstgesetze der Länder, die verschiedene Aufgaben der Kommunen regeln⁷⁶, stehen nicht im Fokus der Rechtswissenschaft. Schon jetzt sind Beratung und Aufklärung Teil des Aufgabenspektrums des ÖGD. Auch befasst sich der ÖGD bereits mit der Gesundheit sozial Benachteiligter. Inwiefern ggf. die soziale Lage Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hat, spielt am meisten im Rahmen der sogenannten Gesundheitshilfe eine Rolle, die aus der Beratung und der Unterstützung von Personen besteht, die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes und aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen⁷⁷. Sie ist darauf gerichtet, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden zu vermeiden, zu überwinden, zu bessern und zu lindern sowie Verschlimmerungen zu verhüten⁷⁸. Besonders im Fokus stehende

58) Vgl. nur *Schnapp*, SGB 2000, 342; *Enders*, VVDStRL 2005, S. 48; *Huster*, SDRV 2007, S. 27; *Rixen*, VVDStRL 2015, S. 305.

59) Dazu BVerfGE 35, 348, 355 f.; BVerfGE 78, 104, 117 f.

60) Die Kommunen kennzeichnet gerade ein Gebiets- und kein funktionaler Ansatz (*Burgi*, Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, 2013, S. 36).

61) So *Burgi/Igl*, Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, 2021, S. 117; vgl. auch *Luthe*, NDV 2017, 368.

62) *Burgi*, Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, 2013, S. 31, der darauf hinweist, dass Art. 28 Abs. 2 GG in der Beschäftigung mit dem Sozial- oder Gesundheitsrecht mit wenigen Ausnahmen nicht vorkommt; für die Bedarfsplanung *Wollenschläger*, NZS 2023, 51; s. auch *Kuhn/Amelung*, G+S 6/2015, 21.

63) Dazu *Kießling*, RW 2016, 610.

64) *Steen*, Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst, 2005, S. 38.

65) Website des Bundesgesundheitsministeriums zum Gesundheitskiosk, www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html, Zugriff am 5. 5. 2023.

66) Zu den Gründen unten III.

67) So *Becker*, in: *ders./Wacker/Banafsche* (Hrsg.), Inklusion und Sozialraum, 2013, S. 14.

68) *Kuhn/Trojan*, in: *Brandhorst/Hildebrandt/Luthe*, Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, 2017, S. 357.

69) *Becker*, in: *ders./Wacker/Banafsche* (Hrsg.), Inklusion und Sozialraum, 2013, S. 15.

70) Vgl. *Kingreen*, in: *Ahrens/Bar/Fischer/Spickhoff/Taupitz*, FS f. *Deutsch*, 2009, S. 292 f.; s. aber auch *Rixen*, in: *Kahl/Ludwigs* (Hrsg.), Handbuch des Verwaltungsrechts, Band V, 2023, § 138, Rdnr. 5; und die Darstellung bei *Ehlers/Fehling/Pünder* (Hrsg.), Besonderes Verwaltungsrecht, Band 2, 4. Aufl. 2020, die das Gesundheitsrecht in „Medizinische Behandlung“ und „Schutz vor besonderen Gesundheitsrisiken“ aufteilen; ausführlich jetzt auch *Kingreen*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 1, 2023, 2, (9. 1. 2023), <https://hss-opus.ub.ruhr-uni-bochum.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/9540/file/Kingreen,+Gesundheitsrecht.blog+Nr.+1,+2023.pdf>, Zugriff am 5. 5. 2023.

71) Vgl. auch die Aufstellung bei *Kuhn/Amelung*, G+S 6/2015, 22.

72) Dazu *Weth*, in: *Böhm/Bräunling/Geene/Köckner* (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, 2020, S. 305.

73) Dazu *Leistner/Schubert/Sonntag*, in: *Böhm/Bräunling/Geene/Köckner* (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, 2020, S. 313.

74) Möglich nach § 95 Abs. 1a SGB V.

75) Zu den Möglichkeiten der Kommunen, auf die regionale ambulante Versorgung Einfluss zu nehmen, *Vögtl/Geene/Rasch*, Regionale ambulante Versorgung, 2021, S. 10 ff.

76) Dazu auch *Kießling*, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 49.

77) So die Definition in § 14 S. 1 ÖGDG NW; fast wortgleich § 17 Abs. 1 ÖGDG M-V; § 9 Abs. 1 saarl. ÖGDG. Von „Personen und Familien in gesundheitlichen Problemlagen“ spricht § 5 Abs. 2 BbgGDG. Weiter das Verständnis der § 11 Abs. 1 S. 1 SächsGDG, § 10 GDG LSA und § 8 Abs. 1 GesDV TH.

78) § 14 S. 2 ÖGDG NW; ähnlich § 17 Abs. 2 ÖGDG M-V.

Gruppen sind gefährdete Säuglinge und Kleinkinder⁷⁹, Schwangere, behinderte Menschen, chronisch Kranke, psychisch Kranke und an sexuell übertragbaren Krankheiten Erkrankte⁸⁰; manche Bundesländer machen auch ausdrücklich Angebote an ältere Menschen⁸¹.

Denkbar ist es, nicht nur solche nach personalen Kriterien abgrenzbare Personengruppen, sondern auch die Bevölkerung sozioökonomisch benachteiligter Stadtteile als Adressatin kommunaler Maßnahmen zu verstehen. Gesundheitskioske in benachteiligten Stadtteilen könnten somit dem ÖGD als Aufgabe übertragen werden⁸². In der Sache handelte es sich durch die Verknüpfung von Armut und Gesundheit bei entsprechenden Angeboten um eine Form der Gesundheitsfürsorge⁸³.

b) Krankenversicherungsrecht

Als Angebot der Gesundheitsfürsorge wäre der Gesundheitskiosk eigentlich außerhalb des Gesundheitssystems im engeren Sinne zu verorten. Das bedeutet aber nicht, dass er auch außerhalb des Krankenversicherungsrechts gesetzlich verankert werden muss. Das Verfassungsrecht lässt dem Bund sogar kaum eine andere Wahl, als die Gesundheitskioske im Krankenversicherungsrecht zu regeln.

Will der Bund die Einrichtung von Gesundheitskiosken gesetzlich regeln, verbieten es ihm zunächst Art. 84 Abs. 1 S. 7, 85 Abs. 1 S. 2 GG, dies als Aufgabe direkt den Kommunen zu übertragen⁸⁴. Der Bund hätte aber auch nicht die Gesetzgebungskompetenz, um diese Aufgabe den Bundesländern aufzuerlegen (die wiederum die Kommunen für zuständig erklären könnten). Vom Wortlaut her läge es nahe, die Gesundheitsfürsorge als Fürsorge i. S. d. Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG zu verstehen. Dieses Verständnis entspricht aber nicht der herrschenden Meinung in Politik und Rechtswissenschaft⁸⁵: Während der Parlamentarische Rat den Begriff „Fürsorge“ noch sehr weit verstand, setzte sich erst in der Politik und später auch in der Rechtswissenschaft die Auffassung durch, dass gesundheitspolitische Maßnahmen nicht über Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG geregelt werden können. Der Versuch der Großen Koalition 1968, dies durch eine Grundgesetzänderung zu ändern, scheiterte am Widerstand der Länder im Bundesrat und an der Intervention einzelner Berufsorganisationen.

Will der Bund Gesetze mit Gesundheitsbezug – abseits von Fragen des Gesundheitsschutzeingriffsrechts⁸⁶ wie dem Infektionsschutz und dem Lebensmittelrecht, vgl. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19, 20 GG – verabschieden⁸⁷, kommt für ihn nur die Kompetenznorm des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG und damit die Übertragung der Aufgabe auf die Gesetzliche Krankenversicherung in Betracht. Dies erklärt, warum das Bundesgesundheitsministerium den rechtlichen Rahmen für die Errichtung von Gesundheitskiosken im SGB V verankern will – ohne die Übertragung der Aufgabe auf die GKV hätte er keine Gesetzgebungskompetenz für das Projekt.

III. Regelung im Krankenversicherungsrecht

Auch wegen der kompetenzbedingten Besonderheiten hat es in Deutschland Tradition, bevölkerungsbezogene Aufgaben mit Gesundheitsbezug den Krankenkassen zu übertragen und im SGB V zu regeln, auch wenn diese eigentlich nur für ihre Versicherten zuständig sind: So war das Präventionsgesetz aus dem Jahr 2015, das die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im SGB V erweiterte⁸⁸, ein „Krankenversicherungspräventionsgesetz“⁸⁹, von dem auch Privatversicherte profitieren⁹⁰. Während der Corona-Pandemie wurde der Anspruch auf die sogenannten „Bürgertests“ auf eine Verordnungsermächtigung im SGB V gestützt, obwohl auch Privatversicherte einen Anspruch nach der Verordnung hatten; die Verordnungsermächtigung sah dies ausdrücklich vor⁹¹. Dem Katalog des

SGB V werden also regelmäßig versicherungsfremde Leistungen⁹² hinzugefügt⁹³.

Bevölkerungsbezogene Versorgungsmodelle bleiben damit in der Säulenstruktur des SGB⁹⁴ verhaftet, d. h. SGB-übergreifende Mechanismen können bei einer Regelung im SGB V höchstens punktuell vorgesehen werden⁹⁵. Nicht ausgeschlossen ist, dass die Kommunen in Vorschriften des

79) Hamburg hat hierzu auch eine Regelung in § 7a HmbGDG verankert.

80) Vgl. beispielhaft die ausführliche Aufzählung in § 8 Abs. 2, Abs. 4 berl. GDG.

81) Als Besonderheit sticht hier die Regelung zum „Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren“ in § 9a HmbGDG hervor.

82) Vgl. dazu die Aussage der niedersächsischen Sozialministerin Behrens 2023: „Das „Instrument Gesundheitskiosk könnte sehr gut zum öffentlichen Gesundheitsdienst passen“ (Interview in G+G 1/2023, www.gg-digital.de/2023/01/parallelstrukturen-koennen-wir-uns-nicht-leisten/index.html, Zugriff am 5. 5. 2023).

83) Dazu Kießling, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 70f. – Der Begriff „Gesundheitsfürsorge“ wird zum Teil auch in einem anderen Sinne verwendet (vgl. z. B. Schmidt-Aßmann, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 23; Schuler-Harms, in: Schmehl/Wallrabenstein (Hrsg.), Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens, Bd. 2, 2006, S. 31); der Begriffsbestandteil „Fürsorge“ soll hier aber gerade den Bezug zur Armut ausdrücken (hierzu Kießling, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 45 ff., 69).

84) Ausführlich – für die Bedarfsplanung – Wollenschläger, NZS 2023, 52.

85) Ausführlich Kießling, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 106f.

86) Kießling, RW 2016, 608f., 614.

87) Eine weitere Ausnahme stellt die Regulierung der Krankenhauslandschaft dar: Hier kann der Bund über Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG die Finanzierung regeln, alles Weitere liegt aber bei den Ländern. Dazu Rixen, in: Kahl/Ludwigs (Hrsg.), Handbuch des Verwaltungsrechts, Band V, 2023, § 138, Rdnr. 12; vgl. auch Wollenschläger, NZS 2023, 13.

88) Zu den Regelungen vor 2015 Kießling, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, S. 64f.

89) Welti, GuP 2015, 213.

90) Beispiele bei Gebert, Verhaltens- und verhältnisbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2020, S. 106, 109.

91) Ausführlich zu § 20i Abs. 3 S. 2 SGB V und dessen bevölkerungsbezogenem Ziel Kießling, SGB 2021, 730.

92) Der Begriff der versicherungsfremden Leistungen ist nicht eindeutig geklärt (zu einer Definition Fichte, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2010, S. 19f.; vgl. auch G. Hans/Sesselmeier/J. Hans, WzS 2022, 119). Jedenfalls aber dann, wenn Leistungen nicht nur an Versicherte einschließlich der Familienversicherten nach § 10 SGB V, sondern auch an Privatversicherte (und Nichtversicherte) gewährt werden, sind sie versicherungsfremd, weil dies Indiz dafür ist, dass sie im gesamtgesellschaftlichen Interesse geleistet werden.

93) S. dazu auch Pfeiffer/Grunenberg, SRa 2023, 4ff.

94) Für das Care-und-Case-Management bzw. den Einsatz von Patientenlotsen wurde eine Verortung außerhalb des SGB oder im SGB I angedacht, aber auch hier nicht befürwortet (dazu Ruppel/Gloystein/van den Berg, GesR 2022, 489f.; vgl. zu Regelungsmöglichkeiten auch Braeseke/Huster/Pflug/Rieckhoff/Ströttchen/Nolting/Meyer-Rötz, Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen, Abschlussbericht, 2018, S. 97 ff., https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023; Löcherbach, G+G 10/2021, www.gg-digital.de/2021/10/thema-des-monats/die-karte-im-kopf/index.html, Zugriff am 5. 5. 2023).

95) Zu diesem Problem auch BMC, Von der Projektförderung zur Innovationsstruktur v. 23. 8. 2022, S. 5f., www.bmcev.de/wp-content/uploads/2022-08-23-Positionspapier-Innovationsfonds-final.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023.

SGB V erwähnt werden; so ist geplant, dass das Initiativrecht für die Errichtung von Gesundheitskiosken bei den Kommunen liegt⁹⁶.

1. Grenzen der Regelung im SGB V

Dies wirft die Frage auf, wo die verfassungsrechtliche Grenze der Übertragung bevölkerungsbezogener Aufgaben auf die GKV zu ziehen ist. Versicherungsfremde Leistungen sind im Sozialversicherungsrecht nicht per se unzulässig; entscheidend ist, ob die Beiträge der Versicherten zur Finanzierung bevölkerungsbezogener Aufgaben eingesetzt werden oder ob die Aufgaben der GKV nur organisatorisch übertragen werden⁹⁷. Letzteres ist der Fall, wenn die GKV nicht allein die Kosten trägt, sondern ein finanzieller Ausgleich – durch den Bund, die Kommunen und/oder die PKV – stattfindet⁹⁸.

Daraus folgt: Will der Bund Gesundheitskioske im SGB V verankern, dürfen die Krankenkassen nicht zur Vollfinanzierung der Gesundheitskioske verpflichtet werden. Dies gilt zum einen deswegen, weil nicht nur gesetzlich Versicherte Gesundheitskioske aufsuchen können sollen, sondern die gesamte Bevölkerung. Dies spricht für die Einbeziehung der PKV. Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass die Koordinationsleistungen der Gesundheitskioske auch Leistungen anderer Sozialversicherungsträger umfassen (Arbeitslosen-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung). Dies spricht für die finanzielle Einbindung auch dieser Träger⁹⁹.

Nach dem Eckpunktepapier des BMG sollen die Kosten anteilig und als pauschale Kostenverteilung¹⁰⁰ von den Krankenkassen (74,5%), den Kommunen (20%) und der PKV (5,5%) getragen werden, andere Leistungsträger (z. B. die Rentenversicherung) „können sich zusätzlich finanziell beteiligen“¹⁰¹. Andere Vorschläge plädieren für eine Verteilung der Kosten zu gleichen Teilen auf GKV und Kommunen (jeweils 50% ohne Einbeziehung weiterer Akteure)¹⁰². Der Ergebnisbericht zum Hamburger Modellprojekt schlägt eine Pauschale vor, die nach dem Anteil der Versicherten einer (gesetzlichen) Krankenkasse berechnet wird, die in dem abgrenzbaren Gebiet eines Gesundheitskioskes leben¹⁰³.

Unklar ist, ob der Gesetzentwurf eine Regelung für die Konstellation, dass die Haushaltslage in einer Kommunen die Beteiligung an einem Gesundheitskiosk nicht zulässt, enthalten wird, die sicherstellt, dass auch dort Kioske eingerichtet werden können¹⁰⁴.

2. Überführung der Kioske in die Regelversorgung

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat die Überführung der Gesundheitskioske in die Regelversorgung empfohlen (s. o.). Obwohl die Überführung in die Regelversorgung das Ziel des Innovationsfonds ist¹⁰⁵, gibt es kein einheitliches Vorgehen zur Überführung positiv bewerteter Versorgungsformen in die (flächendeckende) Regelversorgung¹⁰⁶.

Gegen Gesundheitskioske wurde bereits das Argument vorgebracht, es handele sich um eine kostenintensive Parallelstruktur¹⁰⁷. So ist zu klären, was die Einführung der Gesundheitskioske für den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen aus § 75 Abs. 1 SGB V bedeutet und ob der Gesetzgeber eine Einschränkung des Sicherstellungsauftrags wie in § 140 Abs. 1 S. 5 SGB V plant. Tatsächlich sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen Mittel aus dem Strukturfonds für lokale Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung verwenden und sie sind bereits nach § 105 Abs. 1a S. 3 Nr. 4, Abs. 1c S. 3 SGB V verpflichtet, in nach § 100 Abs. 1 SGB V unterversorgten Gebieten selbst Gesundheitseinrichtungen zu betreiben. An den Gesundheitskiosken sind

die Kassenärztlichen Vereinigungen nach den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums¹⁰⁸ gerade nicht beteiligt. Das Initiativrecht für die Errichtung eines Gesundheitskiosks soll – wie dargelegt – bei den Kommunen liegen. Die Pläne lassen vermuten, dass den Kommunen ein Rechtsanspruch gegen die Landesverbände der Krankenkassen auf den Abschluss eines schiedsamtstfähigen Vertrags eingeräumt werden soll. Die Landesverbände können nach § 211 Abs. 2 Nr. 3 SGB V von den Mitgliedskassen zum Vertragsabschluss bevollmächtigt werden. Der Spielraum bei der Vertragsgestaltung dürfte insoweit eingeschränkt sein, als Leistungsinhalt und Finanzierungsquote¹⁰⁹ gesetzlich geregelt werden sollen¹¹⁰. Der Gesetzgeber könnte hier Parallelen zur Dualen Krankenhausfinanzierung und der Unterscheidung zwischen Investitions- und Betriebskosten ziehen.

Noch unklar ist, wie der Gesundheitskiosk und das Finanzierungsmodell gesetzlich implementiert werden sollen. Im Folgenden sollen zwei Ansätze für die Überführung der Gesundheitskioske in die Regelversorgung vorgestellt werden¹¹¹.

-
- 96) Gemeint ist damit, dass die Kommunen „eigenständig über die Errichtung eines Gesundheitskiosks“ entscheiden und von den „Krankenkassen den Abschluss eines schiedsamtstfähigen Vertrages über die Einzelheiten verlangen“ können, Website des Bundesgesundheitsministeriums zum Gesundheitskiosk, www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html, Zugriff am 5. 5. 2023.
- 97) Kießling, SGB 2021, 737.
- 98) Zur Pflicht, für Fremdlasten in der Sozialversicherung eine Kostenerstattung zu regeln, Butzer, Fremdlasten in der Sozialversicherung, 2001, S. 642f.
- 99) Altin/Mohrmann/Wehner, G+S 3/2022, 32.
- 100) Antwort der BReg. auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU, BT-Dr. 20/4439, S. 3, 6.
- 101) Website des Bundesgesundheitsministeriums zum Gesundheitskiosk, www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html, Zugriff am 5. 5. 2023.
- 102) Folie 13 der Präsentation der AOK, Brennpunkt ambulanter Sektor – Wohin entwickelt sich die vertragsärztliche und sektorenübergreifende Versorgung?, 21. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen 2022.
- 103) Fischer, Ergebnisbericht, S. 33, https://innovationsfonds-gba.de/downloads/beschluss-dokumente/139/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Ergebnisbericht.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023.
- 104) Vgl. die Antwort der BReg. auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU BT-Dr. 20/4439, S. 3.
- 105) Vgl. § 92a Abs. 1 S. 2 SGB V; Abschlussbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung, BT-Dr. 20/1361, S. 147.
- 106) Kneps, G+S 6/2015, 10.
- 107) Vgl. die Aussage von Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Pressemitteilung der Bundesärztekammer, www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/parallelstrukturen-ohne-die-eigentlichen-probleme-zu-loesen, Zugriff am 5. 5. 2023; vgl. die Aussage von Schulz, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg, Brandenburgisches Ärzteblatt 11/2022, S. 6.
- 108) Website des Bundesgesundheitsministeriums, Gesundheitskiosk, www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html, Zugriff am 5. 5. 2023.
- 109) S. oben III. 1.
- 110) Antwort der BReg. auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU, BT-Dr. 20/4439, S. 5.
- 111) Einen Vorschlag zur rechtlichen Implementierung, der das Initiativrecht aber bei den Ländern (vgl. § 7c Abs. 1 S. 1 SGB XI) sieht, machen auch Altin/Mohrmann/Wehner, G+S 3/2022, 34f.; weitere Ansätze, allerdings für die Ausgestaltung sogenannter Primärversorgungszentren, finden sich in *Bundesverband Managed Care e. V.*, Integrierte Primärversorgungszentren, S. 5ff., www.bmcev.de/wp-content/uploads/2022-10_BMC-Impulspapier_IPVZ.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023.

a) Selektivvertragliche Lösung

Das bisherige Hamburger Modellprojekt wird im Rahmen eines Selektivvertrags nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) durchgeführt¹¹². Seit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sieht das SGB V Selektivverträge speziell in der Form der sog. integrierten Versorgung vor¹¹³. Ziel war es, Verträge zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern aus verschiedenen Sektoren zu ermöglichen¹¹⁴. Seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 2015¹¹⁵ bildet die Norm eine einheitliche Rechtsgrundlage¹¹⁶ an Stelle der vorherigen Vorschriften für integrierten Versorgung (§§ 140a–140d SGB V a. F.), der Strukturverträge nach § 73a SGB V a. F. und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V a. F.¹¹⁷. Durch das GKV-VSG wurde außerdem der Innovationsfonds (§§ 92a, 92b SGB V) geschaffen, um Anreize für die Entwicklung neuer Versorgungsformen zu setzen¹¹⁸. Die selektivvertragliche Lösung scheint zunächst schlüssig. Die Norm spiegelt den intersektoralen und interdisziplinären Ansatz des Gesundheitskiosks sowie das Bestreben des Innovationsfonds, die sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern¹¹⁹, wider¹²⁰. Sie dient ausdrücklich der Fortführung neuer Versorgungsformen, die durch den Innovationsausschuss gefördert wurden (§ 140a Abs. 1 S. 5 SGB V)¹²¹. Die integrierte Versorgung bildet das Gegenstück zur ehemals starren Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung¹²². Sie soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist eine Versorgung sektorenübergreifend, „wenn sie ambulante und stationäre Leistungen oder aber verschiedene Untersektoren der ambulanten oder stationären Versorgung umfasst“¹²³. Eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung setzt dagegen eine „Kooperation von Hausärzten und Fachärzten oder von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete“ voraus¹²⁴. Wie auch in dem Plan des Bundesgesundheitsministeriums vorgesehen, sind andere Sozialleistungsträger und private Krankenkassen als Vertragspartner in der integrierten Versorgung bereits bekannt (§ 140a Abs. 3 Nr. 3a und 3b SGB V)¹²⁵. Auch die lokal begrenzte

Umsetzung durch Kommunen und die Landesverbände der Krankenkassen lässt sich durch einen Selektivvertrag umsetzen: Verträge der besonderen Versorgung weisen regelmäßig einen regionalen Bezug auf, der sich aus dem Sitz der Vertragspartner ergibt¹²⁶. Selektivverträge kommen regelmäßig nur für Krankenkassen in Frage, die in der betroffenen Region über einen ausreichend großen Marktanteil verfügen¹²⁷. Diese Hürde beseitigt das Gesetzesvorhaben des Bundesgesundheitsministeriums, indem es die Landesverbände der Krankenkassen kollektiv als Vertragspartner vorsieht.

Eine Gesamtbetrachtung muss jedoch zu dem Ergebnis führen, dass eine Überführung des Gesundheitskiosks – jedenfalls nach den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums – nicht in das selektivvertragliche System passt¹²⁸. Das bislang ungeklärte Verhältnis zwischen Integrationsversorgung und Regelversorgung bzw. zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen¹²⁹ würde zu Rechtsunsicherheit führen. Die Beteiligung der Kommunen¹³⁰ und der Landesverbände als Vertragspartner sieht § 140a SGB V – jedenfalls ausdrücklich – nicht vor. Die Krankenkassenverbände können die Verträge nur als Vertreter ihrer Mitgliedskassen nach § 211 Abs. 2 Nr. 3 SGB V abschließen (s. o.)¹³¹. Diese Ausgestaltung nimmt der selektivvertraglichen Lösung auch einen entscheidenden Vorteil: Die besondere Versorgung fördert die Versorgungsqualität und Innovationskraft im Gesundheitswesen über das Instrument des Wettbewerbs¹³². Dies setzt die Vertragsfreiheit der Leistungserbringer, Versicherten und der Krankenkassen voraus. Der vom Bundesgesundheitsministerium vorgesehene Kontrahierungszwang für die Landesverbände der Krankenkassen lässt einen Wettbewerb unter den einzelnen Krankenkassen gerade nicht zu. Auch die zwangsweise Unterwerfung unter einen Schiedsspruch ist in der Besonderen Versorgung systemfremd¹³³.

112) Fischer, Ergebnisbericht, S. 33, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/139/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Ergebnisbericht.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023.

113) BT-Dr. 14/1245, S. 91; *Knieps*, G+S 6/2015, 7, 8; *Detting/Gerlach*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, S. 1097.

114) *Detting/Gerlach*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, S. 1097.

115) Vgl. Art. 1 Nr. 69 des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung i. d. F. der Bekanntmachung v. 16. 7. 2015, BGBl. I S. 1232.

116) *Detting/Gerlach*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, S. 1099.

117) *Huster*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 8. Aufl. 2022, § 140a, Rdnr. 1; weiterhin Anwendung finden dagegen die Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), zu den Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) sowie den strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137f, g SGB V). Diese bleiben als speziellere Rechtsgrundlagen bestehen. *Huster*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 8. Aufl. 2022, § 140a, Rdnr. 1.

118) *Knieps*, G+S 6/2015, 9.

119) Vgl. § 92a Abs. 1 S. 2 SGB V; vgl. *Huster*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 8. Aufl. 2022, § 140a, Rdnr. 3.

120) Nach *Knieps* handelt es sich um die optimale Rechtsgrundlage für neuartige Versorgungsformen, vgl. *Knieps*, G+S 6/2015, 11.

121) Vgl. auch die Gesetzesbegründung des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG), BT-Dr. 19/23483, S. 3.

122) Vgl. BT-Dr. 14/1245, S. 91.; vgl. Urt. des BSG zu § 140a SGB V i. d. F. d. GMG, BSGE 100, 55; *Detting/Gerlach*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, S. 1099.

123) BSG, Beschl. v. 13. 5. 2020 – B 6 KA 35/19 B –, juris, Rdnr. 15.

124) BSG, MedR 2009, 112 mit einem Verweis auf das ärztliche Weiterbildungsrecht; BSGE 100, 52, 54.

125) Die Nummern wurden durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) eingefügt, um die Möglichkeiten zur Bildung sozialleistungsträgerübergreifender Netzwerke zu schaffen, Art. 1 Nr. 6 des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege i. d. F. der Bekanntmachung v. 22. 12. 2020, BGBl. I S. 3301f.; Ausdrücklich sollte es den Krankenkassen erleichtert werden, durch den Innovationsfonds geförderte Versorgungsinnovationen auf freiwilliger Basis in Selektivverträge zu überführen, BT-Dr. 19/23483, S. 3; Hintergrund waren Bedenken des Bundesamts für Soziale Sicherung, die Überführung von Projekten des Innovationsfonds in Selektivverträge zu akzeptieren, da es sich um unzulässig Leistungserbringer handele, *Gruhl*, Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ vor der Reaktivierung, www.observer-gesundheit.de/bund-laender-arbeitsgruppe-sektoreneuebergreifende-versorgung-vor-der-reaktivierung, Zugriff am 5. 5. 2023.

126) *Jacobs*, G+S 1/2020, 26.

127) *Jacobs*, G+S 1/2020, 26.

128) Abstrakt gegen das Instrument der Selektivverträge spricht sich auch der Bundesverband Managed Care aus, BMC, Von der Projektförderung zur Innovationsinfrastruktur v. 23. 8. 2022, S. 6f., www.bmcev.de/wp-content/uploads/2022-08-23-Positionspapier-Innovationsfonds-final.pdf, Zugriff am 5. 5. 2023.

129) Vgl. BSG, MedR 2009, 112; *Jacobs*, G+S 1/2020, 25f.; *Knieps*, G+S 6/2015, 10, 12; *Weidenbach*, in: *Sodan*, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 31, Rdnr. 10; *Schütz*, MedR 2015, 162, 164; BSG; *Becker/Kingreen*, in: *ders.*, SGB V, 8. Aufl. 2022, § 69, Rdnr. 18.

130) Der Gesundheitskiosk in Essen löst dieses Problem durch jeweils bilaterale Verträge der Kommune und einzelner Krankenkassen mit einer nicht gewinnorientierten Managementgesellschaft, *Altin/Mohrman/Wehner*, G+S 3/2022, 31.

131) *Huster*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 8. Aufl. 2022, § 140a, Rdnr. 24; *Engelhard*, in: *Hauck/Nofitz*, SGB V, Stand 12/2020, § 140a, Rdnr. 15; *Baumann/Matthäus*, in: *Schlegel/Voelzke*, jurisPK-SGB V, Stand 11. 4. 2023, § 140a, Rdnr. 28.

132) *Jacobs*, G+S 1/2020, 25f.; *Paquet*, Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge, 2011, S. 18; kritisch zum Wettbewerbsargument *Knieps*, G+S 6/2015, 9.

133) Vgl. *Knieps*, G+S 6/2015, 11.

b) Kollektivvertragliche Lösung

Entscheidet man sich für eine kollektivvertragliche Lösung, so ist eine Implementierung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der §§ 72 ff. SGB V oder als neuer Einzelatbestand im Abschnitt über Beziehungen zu den sonstigen Leistungserbringern (§§ 132 ff. SGB V) denkbar. Die zentrale Ermächtigungsnorm zum Abschluss von Kollektivverträgen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung findet sich in § 72 Abs. 2 SGB V¹³⁴. Die Adressaten der Vorschrift sind die Verbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums sehen eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen aber gerade nicht vor (s. o.). Systematisch ist die neue Versorgungsform deswegen vorzugsweise im Abschnitt über die Beziehungen zu den sonstigen Leistungserbringern (§§ 132 ff. SGB V) zu verorten. Dafür spricht auch eine strukturelle Ähnlichkeit zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung aus § 132d SGB V. Auch diese zeichnet sich durch ein sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Konzept unter Beteiligung des sozialen Sektors aus (vgl. § 37b SGB V)¹³⁵. Die Norm sieht eine Verpflichtung zum Abschluss eines bundesweiten Rahmenvertrags über die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung und für den Fall der Nichteinigung einen Schiedsspruch vor¹³⁶. Sie könnte somit als Vorbild für eine noch zu schaffende Norm für Gesundheitskioske dienen.

3. Die Sozialraumperspektive im SGB V

Das SGB V hat nicht nur bereits Erfahrung mit bevölkerungsbezogenen Aufgaben¹³⁷, sondern auch mit der Berücksichtigung sozialer Indikatoren. So hat der G-BA im Rahmen der Bestimmung des bedarfsgerechten Versorgungsgrades die ermittelten Verhältniszahlen zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung ggf. anzupassen; bei der entsprechenden Überprüfung sind nach § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen. In Anlehnung an diese Formulierung könnte in die neue Vorschrift für Gesundheitskioske aufgenommen werden, dass sich die Ermittlung der Bedarfsregionen nach medizinischen, versorgungsspezifischen und sozialen Kriterien orientiert¹³⁸. Auf diese Weise würden z. B. der Anteil Pflegebedürftiger, die Häufigkeit von Notfallbehandlungen, die ambulante und stationäre Versorgungsdichte als versorgungsspezifische und z. B. der Anteil von Bürgergeld-Empfänger:innen und der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund als soziale Indikatoren berücksichtigt werden¹³⁹. Auch die Bundesregierung spricht bereits von dem Fokus auf „Regionen mit einem hohen Anteil an Empfängern von staatlichen Transferleistungen wie Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe sowie einem hohen Anteil an wohnungslosen Menschen“¹⁴⁰. Gestützt werden könnte die Überprüfung dieser Kriterien auf Kenntnisse der Kommunen, der Krankenkassen und der PKV „über die jeweiligen Gegebenheiten, Besonderheiten und Bedarfe vor Ort“¹⁴¹.

4. Leistungsrecht

Im Leistungsrecht besteht die Herausforderung, dass die Leistungen, die in Gesundheitskiosken erbracht werden, nur in manchen Fällen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB V gezählt werden können. Die Vermittlung eines Arzttermins oder die Beratung hinsichtlich des richtigen Ansprechpartners bei einem akuten Behandlungsbedarf stellt keine Prävention oder Gesundheitsförderung dar, fällt aber auch nicht unter Be-

handlung nach § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, weil der Gesundheitskiosk die kurative Leistung nicht selbst erbringt. Erst Recht gilt dies für die Beratung hinsichtlich sonstiger sozialer Dienste; hier besteht der für die Regelung im SGB V erforderliche Gesundheits- bzw. Krankheitsbezug¹⁴² nur noch mittelbar. Sollte das Bundesgesundheitsministerium planen, einen echten Leistungsanspruch auf Beratung bzw. Unterstützung durch einen Gesundheitskiosk im Dritten Kapitel des SGB V einzuführen, müsste ggf. darüber nachgedacht werden, die Aufzählung der Leistungsarten in § 11 Abs. 1 SGB V entsprechend zu ergänzen¹⁴³.

IV. Fazit

Gesundheitskioske stellen eine Antwort auf die ungleiche Verteilung von Standorten von Leistungserbringern, auf eine unzureichende Patientenfokussierung des Krankenversicherungsrechts und auf das sektorale Gesundheitssystem dar. Die geplante Verankerung im SGB V ist aus Sicht des Bundes konsequent, weil er den Weg über die Sozialversicherung beschreiten muss, wenn er einen gesetzlichen Rahmen für Einrichtungen und Strukturen mit Gesundheitsbezug schaffen will. Dieser Weg hat viele Vorteile, aber auch seine Limitationen.

Abgesehen von den Zwängen, die sich aus den bestehenden Gesetzgebungskompetenzen und ihren Interpretationen ergeben, stellt die soziale und gesundheitliche Ungleichheit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Der Abbau der Ungleichheit innerhalb einer Stadt – auf die die Gesundheitskioske reagieren sollen – kann auch als kommunale Aufgabe verstanden werden. In der Praxis werden die Gesundheitskioske sozialraumbezogen arbeiten, auch wenn dies rechtlich nur begrenzt abgebildet werden kann. Dass auch das Gesundheitsministerium den Bezug zur kommunalen Daseinsvorsorge sieht, kommt durch verschiedene Mechanismen – Initiativrecht der Kommunen, Beteiligung an der Finanzierung durch die Kommunen – in den vom Ministerium vorgestellten Eckpunkten zum Ausdruck. Der neue Tatbestand, der für Gesundheitskioske im Leistungserbringungsrecht geschaffen werden soll, muss versorgungsspezifische und soziale Kriterien zur Ermittlung des Bedarfs enthalten; hierüber gelangten sozialräumliche Elemente in das SGB V.

134) Huster/Münkler, in: Becker/Kingreen, SGB V, 8. Aufl. 2022, § 72, Rdnr. 4.

135) Diese Aussage bezieht sich auf die Einführung eines ähnlichen Konzepts, den sogenannten Primärversorgungszentren, Gruhl, in: Robert Bosch Stiftung, Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen, S. 19, www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-05/Expertise_Primärversorgungszentren_%20RobertBoschStiftung_April%202022.pdf, Zu Zugriff am 5. 5. 2023; Gruhl, Gesundheitskioske – eine Einordnung zur geplanten Einführung, www.observer-gesundheit.de/gesundheitskioske-eine-einordnung-zur-geplanten-einfuehrung, Zugriff am 5. 5. 2023.

136) Auch der Vorschlag von Altin/Mohrmann/Wehner, G+S 3/2022, 34f. sieht den Abschluss eines Rahmenvertrags, dort in Anlehnung an § 64d SGB V, vor.

137) S. oben III., Einl.

138) Vgl. den Vorschlag von Altin/Mohrmann/Wehner, G+S 3/2022, 35.

139) Altin/Mohrmann/Wehner, G+S 3/2022, 35.

140) BT-Dr. 20/4439, S. 2.

141) BT-Dr. 20/4439, S. 2.

142) Vgl. § 1 S. 1 SGB V.

143) Möglich erscheint es allerdings auch, Gesundheitskioske als qualitative Verbesserung der Erbringung der in § 11 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen einzuordnen (vgl. Plagemann, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Stand 10.11.2020, § 11, Rdnr. 20, im Zusammenhang mit besonderen Versorgungsformen gem. §§ 63, 73b, 137f und 140a SGB V).

Der Gesundheitskiosk steht stellvertretend für neue Versorgungsmodelle, die auf Unterversorgung in bestimmten Bereichen und soziale/gesundheitliche Ungleichheiten reagieren, sektorenübergreifend geplant und umgesetzt werden müssen und die die einzelnen Menschen mit ihren Bedarfen in den Vordergrund stellen: Dies gilt für Pflegestützpunkte, Gesundheitslotsen, Community Health Nurses und Primärversorgungszentren. Aus sozialrechtlicher Sicht führt eine raumbezogene Sozialpolitik dazu, durch den Fokus auf den Ort die sachmaterienbezogene Betrachtung des Sozialrechts – und auch die sektorenbezogene Betrachtung des Gesundheitsrechts – zu überwinden¹⁴⁴. Möglicherweise führen die neuen Versorgungsmodelle im Gesundheitsrecht dazu, „Gesundheitsrecht“ nicht mehr allein als Krankenversicherungsrecht und/oder Infektionsschutzrecht zu verstehen, sondern aus einer allgemeineren Perspektive zu betrachten¹⁴⁵, die die Kommunen miteinbezieht.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wieder-

gabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

144) Zum Sozialrecht Becker, in: ders./Wacker/Banafsche (Hrsg.), Inklusion und Sozialraum, 2013, S. 12.

145) Vgl. auch Burgi, Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, 2013, S. 33.

Freispruch trotz Mitverantwortlichkeit?

– Zugleich Anmerkungen zum Abschluss des Oldenburger N. H.-Nachfolgeverfahrens

Thomas Hillenkamp

I. Das Dilemma der Rechtskraft

Die 5. Strafkammer des LG Oldenburg hat sieben Beschäftigte der Kliniken Oldenburg und Delmenhorst, in denen sich von 1999 bis 2005 zwei vom Intensivpfleger N. H. ins Werk gesetzte Mordserien ereignet hatten, in zwei Urteilen vom Vorwurf der Beihilfe zu die jeweilige Serie abschließenden Mordtaten freigesprochen¹. In ihrer Sitzung am 20.9.2022 hatte die Schwurgerichtskammer in einer Erörterung des Verfahrensstands nach §§ 257b, 265 StPO ihre zuvor schon bezüglich der angeklagten Beschäftigten des Oldenburger Klinikums kundgetane Einschätzung, dass sich ein *vorsätzliches* Handeln nicht mit für eine Verurteilung ausreichender Gewissheit belegen lasse, bekräftigt und auf die angeklagten Beschäftigten des Delmenhorster Klinikums erstreckt. Der damit erwartbare Freispruch in den miteinander von der Kammer verbundenen Verfahren kam am 13.10.2022 daher nicht mehr überraschend. Da nicht nur die Verteidigung, sondern auch die Vertreterin der Staatsanwaltschaft und die Vertreter der Nebenklage auf *Freispruch plädierten*, war dieses Ergebnis für alle Verfahrensbeteiligten nach der Beweisaufnahme offenbar unausweichlich.

Dies und der die Rechtskraft ermöglichende *Verzicht auf Rechtsmittel* aller zur Anfechtung Berechtigten² hat das Gericht davon dispensiert, seine nach § 267 Abs. 4 StPO abgekürzten Gründe unter dem Damoklesschwert einer möglichen Revision besonders umsichtig zu formulieren. Die wenigen, die dogmatischen Prämissen umschreibenden Aussagen, die die Ergebnisse erzwingen sollen, fallen

möglicherweise deshalb nicht sonderlich abgesichert aus. Dass ihre Überprüfung durch den BGH verstellt ist, ist zu bedauern. Denn die Bedeutung der rechtlichen Aussagen geht über die entschiedenen Fälle hinaus, weil sie voraussichtlich als Leitplanken für die Mitverantwortlichkeit der Angehörigen einer Klinik für auf ihren Stationen durch einen der ihren begangene Patiententötungen in zukünftigen Fällen herangezogen und schon heute von Klinikangehörigen als ihre Sorgfalt bestimmende Vorgaben rezipiert werden. Deshalb seien hier, auch wenn es am Entschiedenem nichts mehr ändert, einige kritische Anmerkungen zu den richtungweisenden Passagen angefügt³.

II. Die Verwandlung des Täterschafts- in einen Beihilfeverdacht

Beide Urteile beschränken die Erörterung der Strafbarkeit der Angeklagten – bezogen auf *vorsätzliches* Verhalten – auf

- 1) Die beiden Urteile – LG Oldenburg, Urt. v. 13.10.2022 – 5 Ks 800 Js 70900/14 (23/19) = BeckRS 2022, 41661 und LG Oldenburg, Urt. v. 13.10.2022 – 5 Ks 800 Js 69047/14 (20/16) –, finden sich mit Problemstellung vom Verf. in diesem Heft, S. 573 ff.
- 2) Zu denen die Angeklagten bei Freispruch nach der nicht unanfechtbaren Lehre von der Tenorbeschwer (zu Ausnahmen davon s. Hillenkamp, FS f. Rengier, 2018, S. 553, 558 ff.) wohl auch dann nicht zählen, wenn sechs von ihnen wie hier in beiden Urteilen die Begehung fahrlässiger Tötungen bescheinigt wird. Davon, dass sie in der mündlichen Urteilsbegründung darauf vorbereitet worden sind, ist in Pressemitteilungen nichts zu finden, es ist aber zu vermuten.
- 3) Dazu wird hier fortgeschrieben, was Verf. in einem der Kammer bekannt gemachten, im Urteil aber nicht zitierten Zwischenruf (Hillenkamp, Serientötungen im Krankenhaus: wer hat sie mitzuverantworten? MedR 2022, 637 ff.) zu bedenken gegeben hat.