

Vorlage – zur Beschlussfassung –

**Gesetz zur Errichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften
Buches Sozialgesetzbuch**

Der Senat von Berlin
GesSoz - I C -
Telefon 9 (0) 28 - 2279

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

Vorblatt

Vorlage - zur Beschlussfassung -

über

Gesetz zur Errichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

A. Problem

Die Länder haben durch das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I, S. 2983) insbesondere im Bereich Versorgung und Bedarfsplanung neue Mitwirkungsmöglichkeiten erhalten. So können sie ein gemeinsames Landesgremium, das Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen und zur ambulanten Bedarfsplanung abgeben kann, auf Landesebene nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen bilden (vgl. § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

B. Lösung

Mit diesem Gesetz macht das Land Berlin von dieser Möglichkeit der Bildung eines solchen Gremiums im Rahmen des § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Gebrauch.

C. Alternative / Rechtsfolgenabschätzung

Keine.

Die Bildung eines gemeinsamen Landesgremiums kann nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Landesebene nur nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen gebildet werden, setzt also ein Landesgesetz voraus.

D. Auswirkungen auf die Gleichstellung der Geschlechter

Keine.

E. Kostenauswirkungen auf Privathaushalte und/oder Wirtschaftsunternehmen

Keine.

F. Gesamtkosten

Kosten werden für die Entschädigung der von den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen benannten

sachkundigen Personen (vgl. § 5 Satz 1 des Gesetzes) und für die Geschäftsstelle anfallen. Die Kosten des gemeinsamen Landesgremiums werden zwischen den in § 3 Absatz 1 Nummer 1 genannten Institutionen entsprechend ihrem Stimmenanteil aufgeteilt (vgl. § 6 des Gesetzes). Der vom Land Berlin für die Entschädigungen der sachkundigen Personen der Patientenorganisationen aufzubringende Kostenanteil wird auf etwa 1000.- € jährlich geschätzt und der mit der Geschäftsstelle verbundene arbeitsmäßige bzw. personelle Mehraufwand auf maximal 160 Stunden jährlich (entspricht rd. 0,1 Stellenanteil), wovon das Land Berlin ein Drittel zu übernehmen hat. Die Kostenabwicklung wird in der Geschäftsordnung zu regeln sein (vgl. § 7 des Gesetzes).

G. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg

Keine.

H. Zuständigkeit

Die Zuständigkeit liegt bei der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung.

Der Senat von Berlin
GesSoz - I C -
Telefon 9 (0) 28 - 2279

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

Vorlage

- zur Beschlussfassung -

über Gesetz zur Errichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch

--

Das Abgeordnetenhaus wolle beschließen:

G e s e t z
zur Errichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch

Vom

Das Abgeordnetenhaus hat das folgende Gesetz beschlossen:

§ 1
Gemeinsames Landesgremium

Im Land Berlin wird ein gemeinsames Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gebildet.

§ 2
Aufgaben

(1) Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.

(2) Dem gemeinsamen Landesgremium ist Gelegenheit zur Stellungnahme zur Aufstellung und Anpassung des Bedarfsplans zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und zu den in § 90a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Entscheidungen des Landesausschusses zu geben. Die Stellungnahmen des gemeinsamen Landesgremiums sind vom Landesausschuss bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen.

§ 3 Beteiligte, Vorsitz

(1) Beteiligte des gemeinsamen Landesgremiums sind:

1. Vertreterinnen oder Vertreter
 - a) der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung,
 - b) der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin,
 - c) der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Berlin sowie
 - d) der Berliner Krankenhausgesellschaft,
2. sachkundige Personen, die von den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen entsprechend § 140f Absatz 3 Satz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannt werden,
3. die nach § 62 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch bestellte Landesärztin für Psychiatrie oder der nach § 62 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch bestellte Landesarzt für Psychiatrie und
4. die oder der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung.

(2) Zu den Sitzungen des gemeinsamen Landesgremiums sind weitere Beteiligte hinzuzuziehen, soweit deren Belange berührt werden. Über die Hinzuziehung entscheidet die vorsitzende Person des gemeinsamen Landesgremiums.

(3) Den Vorsitz des gemeinsamen Landesgremiums führt das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats oder eine von diesem bestimmte Person.

§ 4 Beschlussfassung und Stimmenverhältnis

Das gemeinsame Landesgremium trifft seine Entscheidungen durch Beschluss. Stimmberechtigt sind nur die Vertreterinnen oder Vertreter der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung (zwei Stimmen), die Vertreterinnen oder Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Berlin (insgesamt zwei Stimmen) sowie die Vertreterinnen oder Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (eine Stimme) und der Berliner Krankenhausgesellschaft (eine Stimme). Die Vertreterinnen oder Vertreter der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung sowie die Vertreterinnen oder Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Berlin können ihre Stimmen jeweils nur einheitlich abgeben.

§ 5 Entschädigung für die Sitzungsteilnahme

Die sachkundigen Personen nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 haben für die Teilnahme an den Sitzungen des gemeinsamen Landesgremiums einen Anspruch auf Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls und einen Pauschbetrag für Zeitaufwand nach § 140f Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Im Übrigen besteht kein Anspruch auf Entschädigung.

§ 6 Kosten

Die Kosten des gemeinsamen Landesgremiums einschließlich der nach § 5 Satz 1 zu zahlenden Entschädigungen tragen das Land Berlin zu einem Drittel, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Berlin zu einem Drittel sowie die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Berliner Krankenhausgesellschaft jeweils zu einem Sechstel.

§ 7 Geschäftsordnung

Das gemeinsame Landesgremium gibt sich mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der in § 4 Satz 2 festgelegten Stimmen eine Geschäftsordnung, in der neben der Arbeitsweise des gemeinsamen Landesgremiums insbesondere die Wahrnehmung der Aufgaben einer Geschäftsstelle, die Anzahl der Vertreterinnen oder Vertreter nach § 3 Absatz 1 Nummer 1, die Hinzuziehung weiterer Beteiligter nach § 3 Absatz 2, die Beschlussfassung einschließlich der Abstimmungsmodalitäten und die Kostenabwicklung nach § 6 zu regeln sind.

§ 8 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin in Kraft.

A. Begründung:

a) Allgemeines:

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. S. 2983) sind die Mitwirkungsrechte der Länder im Rahmen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zum 1. Januar 2012 erweitert worden. Neben deutlichen Erweiterungen bezüglich der Rechtsaufsicht über den für die ambulante Bedarfsplanung zuständigen Landesausschuss (nunmehr umfassende Rechtsaufsicht) und der Einbeziehung der Landesaufsicht durch die für die jeweilige

Krankenkasse zuständigen Rechtsaufsicht bei Selektivverträgen über eine Benehmensregelung wurde mit § 90a SGB V die Möglichkeit zur Bildung eines gemeinsamen Landesgremiums geschaffen, das sich mit Fragen der Versorgung befassen kann. Von dieser Option soll in Berlin Gebrauch gemacht werden. Das Gremium kann Empfehlungen abgeben. Die Entscheidungen zur ambulanten Bedarfsplanung liegen aber unverändert beim schon bisher zuständigen Landesausschuss, für die sektorenübergreifende Versorgung unverändert bei den für entsprechende Verträge zuständigen Vertragspartnern und zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V beim erweiterten Landesausschuss.

Das Landesgesetz soll im Interesse einer möglichst hohen Flexibilität nur die grundlegenden Regelungen enthalten. Einzelheiten zur Arbeitsweise des Gremiums und weitere Detailfragen sollen in einer Geschäftsordnung geregelt werden. So wird sichergestellt, dass die Regularien dieses neuen Gremiums entsprechend den in der praktischen Arbeit gewonnenen Erfahrungen flexibel angepasst werden können.

Bezüglich der Aufgaben des gemeinsamen Landesgremiums soll der gesetzliche Rahmen des § 90a SGB V ausgeschöpft werden. Das Gremium soll daher folgende Aufgaben erhalten:

- Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgungsfragen und
- Stellungnahmen zur Aufstellung und Anpassung des Bedarfsplans zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und zu den vom Landesausschuss zu treffenden Entscheidungen über bestehende oder in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung oder zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in einem nicht unterversorgten Planungsbereich sowie zur Überversorgung.

Eine Parallelzuständigkeit mit der Landesgesundheitskonferenz besteht nicht. Aufgabe der Landesgesundheitskonferenz ist laut Geschäftsordnung u. a. „eine Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen in Berlin sowie der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung“ (§ 2 der Geschäftsordnung der Landesgesundheitskonferenz).

Themenüberschneidungen zu anderen Gremien im Bereich der stationären Versorgung sowie bei sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen in der Psychiatrie, z. B. dem Landespsychiatriebeirat nach § 6 des Gesetzes für psychisch Kranke, sind möglich.

b) Einzelbegründung:

Zu § 1 (Gemeinsames Landesgremium):

Mit diesem Gesetz wird ein gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V gebildet und das Nähere zu dessen Beteiligten, den Aufgaben und der Organisation geregelt.

Zu § 2 (Aufgaben):

§ 2 beschreibt die im Rahmen des § 90a SGB V wahrzunehmenden Aufgaben des gemeinsamen Landesgremiums.

Zu den sektorenübergreifenden Versorgungsfragen nach Absatz 1 gehören ausweislich der Gesetzesbegründung zu § 90a SGB V auch Fragen im Zusammenhang mit der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz neu geschaffenen ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (vgl. BT-Drs. 17/6906, Seite 66).

Zu § 3 (Beteiligte, Vorsitz):

Zu Absatz 1:

Der Absatz führt die Beteiligten des gemeinsamen Landesgremiums auf. Bei der Entscheidung über die Besetzung des Gremiums besteht ein Spannungsverhältnis zwischen Arbeits- und Entscheidungsfähigkeit einerseits und Partizipation, also breit getragenen Empfehlungen, andererseits. Da die Landesgesundheitskonferenz - wie auch der Landespsychiatriebeirat - bereits einen breiten Partizipationsansatz verfolgt und sich insgesamt mit Versorgungsfragen befasst, soll ein schlankes Gremium mit Beschränkung der Beteiligung und Stimmberechtigung auf Vertreterinnen oder Vertreter der in § 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V vorgeschriebenen Institutionen geschaffen werden.

Beteiligte sind nach Nummer 1 Vertreterinnen oder Vertreter der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung, also des Landes Berlin, und der in § 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V aufgeführten Organisationen der Selbstverwaltung, die die Leistungserbringer und die Kostenträger vertreten und die auch im Landesausschuss und im erweiterten Landesausschuss für die Entscheidungen über die ambulante Bedarfsplanung und die ambulante spezialärztliche Versorgung zuständig sind. Nur diese Beteiligten sind auch stimmberechtigt (vgl. § 4 Satz 2). Damit wird sichergestellt, dass etwaige Empfehlungen des gemeinsamen Landesgremiums in den nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch zur Entscheidung bestimmten Gremien der Selbstverwaltung auch aufgenommen und beachtet werden.

In den Nummern 2 bis 4 werden die Beteiligten aufgeführt, die an den Sitzungen des gemeinsamen Landesgremiums mitberatend teilnehmen, denen jedoch ein Stimmrecht nicht zusteht. Es handelt sich hierbei um Beteiligte, die vor allem eine starke Orientierung auf die Berücksichtigung der Interessen von Patientinnen und Patienten und insbesondere chronisch kranker und behinderter Menschen in das Gremium einbringen sollen.

Die Organisationen im Sinne von Nummer 2 benennen sachkundige Personen entsprechend § 140f Absatz 3 Satz 3 und 4 SGB V, deren Zahl sich nach der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Vertreterinnen und Vertreter richtet. Da es in dem gemeinsamen Landesgremium um sektorenübergreifende Versorgungsfragen und den Bedarfsplan zur ambulanten ärztlichen Versorgung geht, ist es sachgerecht, dass den für die Patientenorganisationen auftretenden sachkundigen Personen ein Mitberatungsrecht, aber kein Stimmrecht zusteht.

Ein Recht auf ständige Anwesenheit in den Sitzungen des gemeinsamen Landesgremiums und Mitberatung ohne Stimmrecht soll auch die Landesärztin für Psychiatrie oder der Landesarzt für Psychiatrie erhalten (Nummer 3). Sowohl Fragen der Niederlassung als auch Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung sind für den Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen von besonderer Bedeutung. Nach § 2a SGB V ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker

Menschen Rechnung zu tragen, und § 27 Absatz 1 Satz 3 SGB V verlangt, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Nach § 62 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) können in den Ländern Landesärzte bestellt werden. Berlin hat von der Option durch Bestellung eines Landesarztes für Psychiatrie Gebrauch gemacht. Aufgabe der Landesärzte ist nach § 62 Absatz 2 Nummer 2 SGB IX u. a., die für das Gesundheitswesen zuständigen obersten Landesbehörden beim Erstellen von Konzeptionen, Situations- und Bedarfsanalysen und bei der Landesplanung zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu beraten und zu unterstützen sowie selbst entsprechende Initiativen zu ergreifen. Auch wenn Grundsatzfragen des Versorgungssystems im Landespsychiatriebeirat beraten werden, soll dieser Besonderheit durch eine Beteiligung am gemeinsamen Landesgremium Rechnung getragen werden.

Die oder der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung (Nummer 4) soll ein Anwesenheits- und Mitberatungsrecht im gemeinsamen Landesgremium erhalten, weil nach § 2a SGB V den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist. Diese Norm ist bei der Auslegung des gesamten Krankenversicherungsrechts zu beachten. Zweck ist es, die Interessen einer Minderheit von Versicherten zu wahren, die besonders auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen sind. Besondere Belange behinderter Menschen ergeben sich aus der Beeinträchtigung ihrer Teilhabe. Nach dem Landesgleichberechtigungsgesetz (LGBG) in der Fassung vom 28. September 2006 (GVBl. S. 957), das zuletzt durch Artikel IV des Gesetzes zur Regelung von Partizipation und Integration in Berlin vom 15. Dezember 2010 (GVBl. S. 560) geändert worden ist, ist es Aufgabe der oder des vom Senat im Einvernehmen mit dem Landesbeirat für Menschen mit Behinderung berufenen Landesbeauftragten, „darauf hinzuwirken, dass die Verpflichtung des Landes, für gleichwertige Lebensbedingungen von Menschen mit und ohne Behinderung zu sorgen, in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens erfüllt wird“ (§ 5 Absatz 2 Satz 1 LGBG).

Zu Absatz 2:

Über die in Absatz 1 Satz 1 aufgeführten Institutionen und Beteiligten hinaus können die Belange weiterer Institutionen durch einzelne Aufgabenwahrnehmungen des gemeinsamen Landesgremiums berührt werden. In der Gesetzesbegründung zu § 90a SGB V sind als mögliche weitere Beteiligte „andere Sozialleistungsträger, Landesärztekammern, Patientenorganisationen, Landesbehörden“ beispielhaft genannt (BT-Drs. 17/6906, Seite 66). Über die Hinzuziehung weiterer Beteiligter zu einzelnen Sitzungen des gemeinsamen Landesgremiums entscheidet dessen vorsitzende Person. Werden weitere Institutionen in ihren Belangen berührt, müssen sie hinzugezogen werden. Die Institutionen können dann Vertreterinnen oder Vertreter entsenden, die an den entsprechenden Sitzungen teilnehmen und dort mitberaten. Ein Stimmrecht steht diesen Vertreterinnen oder Vertretern jedoch nicht zu.

Auch Vertreterinnen oder Vertreter der Ärztekammer Berlin und der Psychotherapeutenkammer Berlin fallen unter die weiteren Beteiligten. Die beiden Kammern haben keinen Versorgungsauftrag. Für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sind nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch grundsätzlich die Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich, bei Selektivverträgen geht der Sicherstellungsauftrag auf die Kassen über. Deshalb sollen Vertreterinnen oder Vertreter der Kammern im Interesse der Handlungsfähigkeit des

Gremiums nicht als ständige Beteiligte einbezogen werden, sondern nur, wenn Themen, die die Belange dieser Kammern berühren, zur Beratung anstehen, z. B. zur Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten.

Die Bezirksämter von Berlin sollen ebenfalls nicht generell, sondern nur bei konkreter Betroffenheit einbezogen werden können. Denn die Bezirke sind nicht bei allen Bedarfsfragen und in der Regel nicht bei sektorenübergreifenden Fragestellungen betroffen. Alle Fragen, die über die wohnortnahe Grundversorgung oder die bezirksbezogene Versorgung wie z. B. der Psychiatrie oder auch der Geriatrie hinausgehen, überschreiten die einzelnen Bezirksgrenzen und sind großräumiger oder gar gesamtstädtisch zu betrachten.

Einzelheiten zur Einbeziehung weiterer Beteiligter sind in der Geschäftsordnung zu regeln.

Zu Absatz 3:

Der Absatz legt fest, dass der Vorsitz des gemeinsamen Landesgremiums von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsmitglied oder von einer von diesem bestimmten Person geführt wird. Die Regelung orientiert sich an der Regelung des Vorsitzes zum Krankenhausbeirat in § 5 Absatz 2 Satz 1 des Landeskrankenhausgesetzes vom 18. September 2011 (GVBl. S. 483). Die Regelung dient der Klarstellung, dass der Vorsitz auf politischer Ebene angesiedelt sein soll. Ziel ist es, dadurch eine hochrangige Besetzung auch durch die anderen Beteiligten sicherzustellen (Vorstand, Geschäftsführung). Die Möglichkeit der Benennung einer anderen vom zuständigen Senatsmitglied bestimmten Person gewährleistet gleichzeitig die notwendige Flexibilität.

Zu § 4 (Beschlussfassung und Stimmenverhältnis):

Über die Empfehlungen und Stellungnahmen entscheidet das gemeinsame Landesgremium jeweils durch Beschluss.

Das Gesetz sieht lediglich für die Verabschiedung der Geschäftsordnung in § 7 eine Zweidrittelmehrheit vor, enthält aber ansonsten keine Regelung zu erforderlichen Mehrheitsverhältnissen. Dies bleibt der Geschäftsordnung vorbehalten. Im Rahmen dieser Festlegung wird das gemeinsame Landesgremium zu berücksichtigen haben, dass das Gremium neben Empfehlungen auch Stellungnahmen abgeben kann, die vom Landesausschuss zu berücksichtigen sind. Dies könnte für die Festlegung einer Einstimmigkeit sprechen. Einstimmig beschlossene Empfehlungen und Stellungnahmen dürften von den für die Entscheidung über die Bedarfsplanung und über sektorenübergreifende Versorgungsfragen zuständigen Gremien nur schwer zurückgewiesen werden können, da dort dieselben Institutionen vertreten sind. Mehrheitsentscheidungen könnten demgegenüber dazu führen, dass entsprechende Empfehlungen ins Leere laufen, da sie von den Entscheidungsgremien nicht aufgenommen werden. Andererseits besteht bei einem Erfordernis der Einstimmigkeit das Risiko der Blockade durch einzelne Beteiligte.

Stimmberechtigt sind die in § 3 Absatz 1 Nummer 1 genannten Beteiligte. Insgesamt gibt es sechs Stimmen. Die Stimmen der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung sowie der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Berlin können jeweils nur einheitlich abgegeben werden.

Die Beteiligten, denen ein Stimmrecht nicht zusteht (Beteiligte nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 bis 4) haben das uneingeschränkte Recht zur Teilnahme an den Sitzungen des gemeinsamen Landesgremiums, zur Mitberatung und zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Dies gilt auch für die weiteren Beteiligten nach § 3 Absatz 2, soweit diese zu Sitzungen hinzugezogen werden.

Zu § 5 (Entschädigung für die Sitzungsteilnahme):

Um die Kosten für die Arbeit des gemeinsamen Landesgremiums möglichst gering zu halten, haben nur die sachkundigen Personen (§ 3 Absatz 1 Nummer 2) einen Anspruch auf Entschädigung für die Sitzungsteilnahme (Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls und Pauschbetrag für Zeitaufwand). Ihr Anspruch auf Entschädigung richtet sich nach § 140f Absatz 5 SGB V. Die Entschädigungskosten haben die in § 3 Absatz 1 Nummer 1 genannten Institutionen zu tragen (siehe § 6). Dies orientiert sich an § 140f Absatz 5 Satz 2 SGB V, nach dem die Ansprüche der sachkundigen Personen sich gegen das jeweilige Gremium richten, in dem die Personen mitberatend tätig sind. Hintergrund der Regelung ist, dass laut Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten der Bundesregierung (vgl. BR-Drs. 312/12) § 140f Absatz 3 Satz 1 SGB V erweitert und das Mitberatungsrecht der Organisationen im gemeinsamen Landesgremium durch die sachkundigen Personen festgeschrieben werden soll. Damit würde der § 140f Absatz 5 SGB V, der die Entschädigung der sachkundigen Personen regelt, unmittelbar Anwendung finden.

Zu § 6 (Kosten):

Sämtliche Kosten, die durch die Arbeit des gemeinsamen Landesgremiums entstehen, haben die in § 3 Absatz 1 Nummer 1 genannten Institutionen entsprechend ihrem Stimmenanteil gemeinsam zu tragen. Das Nähere hierzu ist in der Geschäftsordnung zu regeln.

Die Kostenverteilung orientiert sich an dem Grundsatz des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, dass die das jeweilige Gremium tragenden Organisationen die Kosten zu tragen haben (z. B. § 90 Absatz 3 Satz 3, § 96 Absatz 3 Satz 2 SGB V). Dieser Grundsatz ist auch auf das gemeinsame Landesgremium anzuwenden, da es sich nach dem Willen des Bundesgesetzgebers um ein gemeinsames Gremium handelt. Es ist sachgerecht, die Kosten entsprechend dem jeweiligen Anteil an den Gesamtstimmen aufzuteilen.

Zu § 7 (Geschäftsordnung):

Das gemeinsame Landesgremium hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, in der das Nähere zu seiner Arbeit festzulegen ist. So wird sichergestellt, dass die Regularien dieses neuen und mit neuartigen Aufgaben versehenen Gremiums entsprechend der in der praktischen Arbeit gewonnenen Erfahrungen flexibel, kurzfristig und partnerschaftlich von den stimmberechtigten Beteiligten des Gremiums angepasst werden können.

Zu den Inhalten, die in der Geschäftsordnung zu regeln sind, gehören neben den in § 6 genannten z. B. auch Fragen der Sitzungshäufigkeit und einer Veröffentlichung von Beschlüssen oder deren Ergebnissen. Die Geschäftsordnung kann vorsehen, dass die in § 3 Absatz 1 Nummer 1 genannten Institutionen die Aufgaben der Geschäftsstelle des gemeinsamen Landesgremiums wechselnd wahrnehmen.

Zu § 8 (Inkrafttreten):

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhalten, bis zum 1. Januar 2013 eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie vorzulegen, die den für die ambulante Bedarfsplanung zuständigen Landesauschüssen die Möglichkeit regionaler Abweichung aufgrund von regionalen Besonderheiten gewährt. Mit dem Vorliegen der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie bekommt das gemeinsame Landesgremium die Möglichkeit, seine ihm in Berlin zugeordnete Rolle als Vorschaltgremium zum Landesauschuss wirksam wahrnehmen zu können.

Für Berlin ist die neue Bedarfsplanungsrichtlinie von erheblicher Bedeutung. Es besteht die Erwartung, den in den letzten Jahren aufgrund der bestehenden Richtlinie in Berlin entstandenen Ungleichgewichten in der ärztlichen Versorgungsdichte entgegenwirken zu können. Insofern ist es wichtig, dass das gemeinsame Landesgremium seine Tätigkeit so zeitnah wie möglich aufnimmt.

B. Rechtsgrundlage:

Artikel 59 Absatz 2 der Verfassung von Berlin

C. Kostenauswirkungen auf Privathaushalte und/oder Wirtschaftsunternehmen:

Keine

D. Gesamtkosten:

Kosten werden für die Entschädigung der von den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen benannten sachkundigen Personen (vgl. § 5 Satz 1 des Gesetzes) und für die Geschäftsstelle anfallen. Die Kosten des gemeinsamen Landesgremiums werden zwischen den in § 3 Absatz 1 Nummer 1 genannten Institutionen entsprechend ihrem Stimmenanteil aufgeteilt (vgl. § 6 des Gesetzes).

Die Kosten für die Entschädigungen werden auf jährlich rd. 3000.- € geschätzt, wovon das Land Berlin ein Drittel und damit rd. 1000.- € jährlich zu tragen hat.

Das gemeinsame Landesgremium wird etwa 2 Mal im Jahr tagen. Die Zahl der auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen benannten sachkundigen Personen wird höchstens der Zahl der von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Berlin entsandten Vertretern entsprechen (vgl. § 140 f Absatz 3 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Bei den Vertretern und Vertreterinnen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen wird es sich höchstens um 9 Personen

handeln. Die sachkundigen Personen erhalten nach § 140 f Absatz 5 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuchs je Sitzungstag ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (vgl. § 18 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) und damit eine Entschädigung in Höhe von 52,50 €, was bei 2 Sitzungen pro Jahr und 9 sachkundigen Personen zu Sitzungskosten in Höhe von 945.- € führt.

Darüber hinaus können die sachkundigen Personen eine Fahrtkosten- und Wegstreckenentschädigung (bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs 20 Cent je Kilometer) sowie den Ersatz des Verdienstauffalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz Viertes Sozialgesetzbuch (und damit höchstens 35.- € je angefangene Stunde) beantragen. Unterstellt alle sachkundigen Personen beantragen sowohl eine Fahrtkosten- bzw. Wegstreckenentschädigung als auch den Ersatz des Verdienstauffalls und die Sitzungen dauern 3 Stunden und die Wegstrecken belaufen sich auf 10 km, dann treten zu o.g. Sitzungsgeldern noch Kosten in Höhe von 1926.- € hinzu, was zu Gesamtkosten in Höhe von 2870.- € und damit rd. 3000.- € führt.

Die Kosten für die Geschäftsstelle werden sich im Wesentlichen auf Personalkosten beschränken. Die Aufgaben der Geschäftsstelle sind in erster Linie organisatorischer Natur. Für die jährlich etwa 2 Sitzungen des gemeinsamen Landesgremiums wird das fristgemäße Einladen, die Erstellung und Übersendung der Tagesordnungen und Beratungsunterlagen sowie das Abfassen der Sitzungsniederschriften wahrzunehmen sein. Diese Tätigkeiten dürften einen Zeitaufwand von maximal 160 Stunden jährlich nicht überschreiten (entspricht rd. 0,1 Stellenanteilen einer Stelle der Eingruppierung EG 6 bzw. 8 TV-L). Von dem Land Berlin ist ein Kostenanteil für diese Tätigkeiten im Umfang von einem Drittel zu übernehmen (vgl. § 6 des Gesetzes). Die Kostenabwicklung wird in der Geschäftsordnung zu regeln sein (vgl. § 7 des Gesetzes).

E. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg:

Keine

F. Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung:

a) Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben:

Das Gesetz sieht in § 6 vor, dass die Kosten des gemeinsamen Landesgremiums von den in § 3 Absatz 1 Nummer 1 genannten Institutionen entsprechend ihrem Stimmenanteil zu tragen sind. Regelungen zur Kostenabwicklung sind nach § 7 in der Geschäftsordnung festzulegen.

Die Höhe der Kosten für die Sitzungsentschädigungen der sachkundigen Personen der Patientenorganisationen nach § 5 Satz 1 wird insgesamt auf rd. 3000.-€ jährlich geschätzt. Der auf das Land Berlin entfallende Anteil von einem Drittel (vgl. § 6) beträgt rd. 1000.- € jährlich. Mittel sind für diese Zwecke im Haushaltsplan für die Haushaltsjahre 2012/2013 bei Kapitel 1100 Titel 412 01 (Aufwendungen für ehrenamtlich Tätige) nicht eingestellt und sind im Wege der Haushaltswirtschaft im Einzelplan 11 aufzubringen.

Die für die Geschäftsstelle entstehenden Sachkosten werden als geringfügig eingeschätzt. Der auf das Land Berlin entfallende Kostenanteil wird im Rahmen der veranschlagten Ansätze finanziert.

b) Personalwirtschaftliche Auswirkungen:

Der Zeitaufwand zur Wahrnehmung der Aufgaben der Geschäftsstelle wird auf maximal 160 Stunden jährlich geschätzt. Die anteilige Aufgabenwahrnehmung im Land Berlin kann im Rahmen des bereits vorhandenen Personals gewährleistet werden.

Berlin, den 25. September 2012

Der Senat von Berlin

Klaus Wowereit
Regierender Bürgermeister

Mario Czaja
Senator für Gesundheit und
Soziales

Anlage zur Vorlage an das AbgeordnetenhausWortlaut der zitierten Rechtsvorschriften**Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung**

vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist

§ 2a Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen

Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.

§ 27 Krankenbehandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war.

§ 90 Landesausschüsse

(3) Die Mitglieder der Landesausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen andererseits tragen die Kosten der Landesausschüsse je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere für die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

§ 90a Gemeinsames Landesgremium

(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen

Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.

(2) Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 Stellung zu nehmen.

§ 96 Zulassungsausschüsse

(3) Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen andererseits getragen.

§ 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

(1) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei
 - a) onkologischen Erkrankungen,
 - b) HIV/AIDS,
 - c) rheumatologischen Erkrankungen,
 - d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),
 - e) Multipler Sklerose,
 - f) zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie),
 - g) komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
 - h) der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
 - i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie
 - a) Tuberkulose,
 - b) Mukoviszidose,
 - c) Hämophilie,
 - d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
 - e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
 - f) biliäre Zirrhose,
 - g) primär sklerosierende Cholangitis,
 - h) Morbus Wilson,

- i) Transsexualismus,
 - j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
 - k) Marfan-Syndrom,
 - l) pulmonale Hypertonie,
 - m) Kurzdarmsyndrom oder
 - n) Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation sowie
3. hochspezialisierte Leistungen wie
- a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
 - b) Brachytherapie.

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1, deren Behandlungsumfang der Gemeinsame Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 bestimmt hat, zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 9 und 10 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer glaubhaft versichert, dass ihm die Vorlage aus den in Absatz 4 Satz 11 zweiter Halbsatz genannten Gründen nicht möglich ist. Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt, es sei denn, der Landesausschuss nach Satz 1 teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann von dem anzeigenden Leistungserbringer zusätzlich erforderliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 4 unterbrochen. Nach Satz 4 berechnete Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den Erkrankungs- und Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt. Erfüllt der Leistungserbringer die für ihn nach den Sätzen 1 und 2 maßgeblichen Voraussetzungen für die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht mehr, hat er dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunkts ihres Wegfalls gegenüber dem Landesausschuss nach Satz 1 anzuzeigen sowie den in Satz 6 genannten Stellen zu melden. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren seit seiner erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten späteren Überprüfung seiner Teilnahmeberechtigung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt. Die Sätze 4, 5 und 7 gelten entsprechend.

(3) Für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 wird der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach § 90 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausesellschaft berufen. Die dem Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen. Er ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2012 das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. In Bezug auf Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Leistungen, die sowohl ambulant spezialfachärztlich als auch teilstationär oder stationär erbracht werden können, allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus; das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Satz 1. Satz 5 gilt nicht bei Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich. Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Für die Behandlung von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fall-

zahlen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Zudem kann er für die Versorgung bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 9 und 10 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, es sei denn, dass ein Leistungserbringer eine Vereinbarung nach den Sätzen 9 oder 10 nicht abschließen kann, weil in seinem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- a) kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- b) er dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten keinen zur Kooperation mit ihm bereiten geeigneten Leistungserbringer finden konnte.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. Im Übrigen gilt Absatz 4 entsprechend.

(6) Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet; vertragsärztliche Leistungserbringer können die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen. Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgesetzt, das hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und

mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen. Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 und jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5 insbesondere so anzupassen, dass die Leistungen nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach den Absätzen 4 und 5 angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach Absatz 4 keine abweichende Regelung getroffen hat, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 7 gilt entsprechend. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind. Die Bereinigung darf nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

(7) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nummer 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 6 Satz 12 zu regeln. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 2 Satz 12 bis 14 und 17, § 106 Absatz 4 und 4a sowie § 106 Absatz 5 bis 5d gegen Kostenersatz durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.

(8) Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. Das Land hat eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 1 geregelt hat, spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben. Die von zugelassenen Krankenhäusern aufgrund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung vergütet.

(9) Die Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bewerten. Gegenstand der Bewertung sind insbesondere der Stand der Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Abrechnung der Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auch im Hinblick auf die Entwicklung in anderen Versorgungsbereichen. Die Ergebnisse der Bewertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. März 2017 zuzuleiten. Die Bewertung und die Berichtspflicht obliegen dem Spitzenverband Bund, der Kassenerztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam.

§ 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

(3) In den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 oder über die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen betroffen sind, erhalten die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.

(5) Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist

§ 62 Landesärzte

(1) In den Ländern können Landesärzte bestellt werden, die über besondere Erfahrungen in der Hilfe für behindert und von Behinderung bedrohte Menschen verfügen.

(2) Die Landesärzte haben vor allem die Aufgabe,

1. Gutachten für die Landesbehörden, die für das Gesundheitswesen und die Sozialhilfe zuständig sind, sowie für die zuständigen Träger der Sozialhilfe in besonders schwierig gelagerten Einzelfällen oder in Fällen von grundsätzlicher Bedeutung zu erstatten,
2. die für das Gesundheitswesen zuständigen obersten Landesbehörden beim Erstellen von Konzeptionen, Situations- und Bedarfsanalysen und bei der Landesplanung zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu beraten und zu unterstützen sowie selbst entsprechende Initiativen zu ergreifen,
3. die für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörden über Art und Ursachen von Behinderungen und notwendige Hilfen sowie über den Erfolg von Leistungen zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen regelmäßig zu unterrichten.

Gesetz für psychisch Kranke

vom 8. März 1985 (GVBl. S. 586), das zuletzt durch Artikel III Nummer 2 des Gesetzes vom 18. September 2011 (GVBl. S. 483) geändert worden ist

§ 6 Psychiatriebeirat

Das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats beruft einen aus fachkundigen Personen bestehenden Psychiatriebeirat, der es bei allen Fragen einer bedarfsgerechten Versorgung psychisch Kranker berät.

Landeskrankenhausgesetz

vom 18. September 2011 (GVBl. S. 483)

§ 5 Unmittelbar Beteiligte, Krankenhausbeirat

(2) Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung bildet einen Krankenhausbeirat, in dem das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats oder eine von diesem bestimmte Person den Vorsitz führt und zu den Sitzungen einlädt. Dem Krankenhausbeirat gehören die unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 und eine Vertreterin oder ein Vertreter der für Hochschulmedizin zuständigen Senatsverwaltung als Mitglieder an. Die Mitglieder benennen der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung die ständigen Vertreterinnen oder Vertreter und Stellvertreterinnen oder Stellvertreter. Darüber hinaus kann das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats weitere im Land Berlin Beteiligte im Sinne des § 7 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in den Krankenhausbeirat berufen. Der Krankenhausbeirat berät über grundsätzliche Pla-

nungs- und Strukturangelegenheiten des Krankenhauswesens und erörtert Empfehlungen für die Planungsziele und -kriterien des Krankenhausplans.

Landesgleichberechtigungsgesetz

in der Fassung vom 28. September 2006 (GVBl. S. 957), das zuletzt durch Artikel IV des Gesetzes zur Regelung von Partizipation und Integration in Berlin vom 15. Dezember 2010 (GVBl. S. 560) geändert worden ist

§ 5 Berliner Landesbeauftragter oder Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung

(2) Aufgabe des oder der Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung ist es, darauf hinzuwirken, dass die Verpflichtung des Landes, für gleichwertige Lebensbedingungen von Menschen mit und ohne Behinderung zu sorgen, in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens erfüllt wird, und insbesondere auf die fortlaufende Umsetzung der Leitlinien zum Ausbau Berlins als behindertengerechte Stadt zu achten. Er oder sie setzt sich bei der Wahrnehmung seiner oder ihrer Aufgaben dafür ein, dass unterschiedliche Lebensbedingungen von behinderten Frauen und Männern berücksichtigt und geschlechtsspezifische Benachteiligungen beseitigt werden.