

## Eckpunkte für die Einrichtung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V in Berlin

Von der Option des § 90a SGB V<sup>1</sup> zur Einrichtung eines Gemeinsamen Landesgremiums 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 sektorübergreifende Versorgung unverändert bei den für entsprechende Verträge zuständigen Vertragspartnern bzw. zur ambulanten spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V beim erweiterten Landesausschuss.

Im Interesse eines hohen Maßes an Flexibilität soll im notwendigen Gesetz lediglich der unverzichtbare Rahmen des Gremiums und die weitere Ausgestaltung durch eine Geschäftsordnung (GO) geregelt werden.

### I. Aufgabe des Gremiums

Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V kann auf Landesebene **nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen** gebildet werden. Nach § 90a I 2 SGB V kann das Gremium Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Außerdem kann das Landesrecht nach § 90a II SGB V vorsehen, dass dem Landesgremium Gelegenheit gegeben werden muss, zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sowie zu den Entscheidungen des Landesausschusses über bestehende oder in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung oder zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in einem nicht unterversorgten Planungsbereich sowie zur Überversorgung Stellung zu nehmen. Sieht das Landesrecht die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V vor und sollen dessen Empfehlungen berücksichtigt werden, sind nach § 12 III 3 Ärzte-ZV die sich daraus ergebenden Besonderheiten ebenfalls im Bedarfsplan darzustellen.

Bezüglich der Aufgaben soll der gesetzliche Rahmen ausgeschöpft werden. Das Gremium soll daher folgende im Landesgesetz festgelegte Aufgaben erhalten:

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

Die Aufgabenbeschreibung soll sich auf die genannten Bereiche beschränken, um eine Doppelung mit der Landesgesundheitskonferenz (LGK) zu vermeiden. Abgrenzungsfragen stellen sich ggf. auch zu Gremien im Bereich der stationären Versorgung sowie ggf. bei sektorübergreifenden Versorgungsmodellen in der Psychiatrie z. B. auf der Basis von Empfehlungen des Landespsychiatriebeirats (§ 6 Psych KG Berlin) und ggf. weiterer bestehender Gremien, zu denen Themenüberschneidungen möglich sind.

Zu den sektorübergreifenden Versorgungsfragen gehören ausweislich der Gesetzesbegründung zu § 90a SGB V ausdrücklich auch Fragen im Zusammenhang mit der mit dem GKV-VStG neu geschaffenen ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b (neu) SGB V.

---

<sup>1</sup> „§ 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 sektorübergreifenden 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 Abs. 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Abs. 2, § 100 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 sowie § 103 Abs. 1 Satz 1 Stellung zu nehmen.“

Eines Gesetzes bedarf es nach § 90a II SGB V jedenfalls dann, wenn dem Gremium das Recht auf Stellungnahme zu Fragen der Bedarfsplanung gegeben werden soll. Das Landesgesetz soll im Interesse möglichst hoher Flexibilität nur die zwingenden, grundlegenden Regelungen enthalten, während Einzelheiten zur Struktur des Gremiums in einer Geschäftsordnung geregelt werden sollen. So wird sichergestellt, dass die Regularien dieses neuen und mit neuartigen Aufgaben versehenen Gremiums entsprechend der in der praktischen Arbeit gewonnenen Erfahrungen flexibel angepasst werden können.

## **II. Struktur des Gremiums**

Die Struktur des Gremiums muss sich an den definierten Aufgaben und für die Umsetzung verantwortlichen Akteuren orientieren, eine Doppelung zu bereits bestehenden Gremien vermeiden und daher „schlank“ sein. Denn die im Gesetz vorgesehenen verpflichtenden Beteiligten nach § 90a SGB V treffen als Leistungserbringer und Kostenträger im Rahmen der Selbstverwaltung die eigentlichen Entscheidungen sowohl über die ambulante Bedarfsplanung im Landesausschuss als auch über Verträge über sektorübergreifende Fragen. Andernfalls wird es entweder nicht zu Empfehlungen des Gremiums kommen oder seine Empfehlungen werden ins Leere laufen, weil sie von den für die Entscheidung über die Planung/Versorgung zuständigen Organisationen nicht aufgenommen werden.

### **1. Besetzung/Zusammensetzung:**

Nach § 90a SGB V **müssen** bestimmte Beteiligte in dem Gremium Mitglied sein. Zusätzlich **können** weitere Organisationen beteiligt werden. In der Gesetzesbegründung sind hierfür beispielhaft genannt: andere Sozialleistungsträger, Landesärztekammern, Patientenorganisationen, Landesbehörden, soweit deren Belange berührt werden. 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 LGK - wie auch der Landespsychiatriebeirat - bereits einen breiten Partizipationsansatz verfolgt und sich insgesamt mit Versorgungsfragen befasst, soll ein schlankes Gremium mit Beschränkung der Mitgliedschaft und Stimmberechtigung auf die im Gesetz vorgeschriebenen Vertreter von Kostenträgern und Leistungserbringern geschaffen werden, bei dem z.B. über Arbeitsgruppen, Anhörungsrechte oder andere Formen themenabhängiger Hinzuziehung jeweils weitere Beteiligte ohne Stimmrecht hinzugezogen werden können. Einzelheiten zur Hinzuziehung weiterer Beteiligter werden in der Geschäftsordnung geregelt.

#### **a) Stimmberechtigte Mitglieder**

Das Gremium **muss** nach § 90a I 1 SGB V aus Vertretern

- des Landes,
  - der KV,
  - der Landesverbände der Kassen sowie der Ersatzkassen und
  - der Landeskrankenhausgesellschaft (in Berlin: Berliner Krankenhausgesellschaft – BKG)
- bestehen.

Bezogen auf die ambulante Bedarfsplanung hat das Gremium damit eine Vorschaltfunktion vor dem für die Entscheidung über die Bedarfsplanung zuständigen Landesausschuss, in dem allerdings die BKG nicht vertreten ist.

#### **Seitens des Landes wird der nach § 62 SGB IX bestellte Landesarzt für Psychiatrie mit Stimmrecht in das Gremium entsandt.**

Sowohl Fragen der Niederlassung als auch Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung sind für den Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen von besonderer Bedeutung. Gemäß § 2 a SGB V ist „den Belangen behinderter und chronisch Kranker Rechnung zu tragen“ und § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V verlangt, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Berlin hat von der Option des § 62 I SGB IX durch Bestellung eines Landesarztes für Psychiatrie Gebrauch gemacht. Aufgabe des Landesarztes ist es nach § 62 II Nr. 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 seitens des Landes dieser Besonderheit durch eine Vertretung im gemeinsamen Landesgremium Rechnung getragen werden.

#### **b) Weitere Beteiligte mit Mitberatungsrecht**

**Da es in dem Gremium um sektorübergreifende Versorgungsfragen und den Bedarfsplan zur ambulanten ärztlichen Versorgung geht, sollen Vertreter von Patientenorganisationen ein Mitberatungsrecht, aber kein Stimmrecht, erhalten. Dies trägt der für den Landesausschuss sowie den Zulassungs- und den Berufungsausschuss bereits jetzt gesetzlich vorgeschriebenen Beteiligung Rechnung. Welche und wie viele Patientenorganisationen konkret vertreten sein sollen, ist noch im Einzelnen zu klären, soll sich aber an der Besetzung im Landesausschuss nach § 140f III 3 SGB V orientieren (höchstens entsprechend der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder).**

Im für die ambulante Bedarfsplanung zuständigen Landesausschuss sind die Patientenbeauftragte und Vertreter von Patientenorganisationen vertreten (§ 140f III SGB V). Sie haben dort ein Mitberatungsrecht, aber kein Stimmrecht.

Im Krankenhausausschuss/Krankenhausbeirat sind Patientenorganisationen nicht vertreten. Als weitere Beteiligte mit den gleichen Rechten wie die unmittelbar Beteiligten sind dort vertreten die Patientenbeauftragte und der Landesbeirat für Menschen mit Behinderung. In den Landespsychiatriebeirat sind sowohl Patienten- als auch Angehörigenvertreter/innen eingebunden.

Lt. Referentenentwurf der Bundesregierung zum Patientenrechtegesetz, das zum 01.01.2013 in Kraft treten soll, soll die Einbeziehung der Patientenvertretung im § 90a-Gremium entsprechend ihren Rechten im Landesausschuss und im GBA nach § 140f III SGB V zur Pflicht werden (Mitberatungsrecht und Recht auf Anwesenheit bei der Beschlussfassung). Die Beteiligung von Patientenorganisationen soll deshalb mit Blick auf das geplante Inkrafttreten des Landesgesetzes zum 01.01.13 von vornherein vorgesehen werden.

#### **c) Themenbezogene Hinzuziehung weiterer Beteiligter ohne Stimmrecht**

##### **aa) Kammern**

**Die Kammern sollen im Interesse der Handlungsfähigkeit des Gremiums nicht als Mitglieder einbezogen werden. Sie sollen aber themenbezogen bei Bedarf über Anhörung oder Stellungnahme oder über Mitarbeit in Arbeitsgruppen einbezogen werden können, wenn Anliegen, die ihren Zuständigkeitsbereich betreffen, zur Beratung anstehen wie insbesondere Fragen der Weiterbildung.**

**Einzelheiten zur Art der Einbeziehung sollen nicht im Gesetz, sondern in der Geschäftsordnung geregelt werden.**

In Berlin haben zumindest die Ärztekammer und die Psychotherapeutenkammer bereits signalisiert, dass sie eine Mitgliedschaft in dem Gremium anstreben.

Die genannten Kammern haben jedoch keinen Versorgungsauftrag. Für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ist grundsätzlich die KV verantwortlich, bei Selektivverträgen geht der Sicherstellungsauftrag auf die Kassen über.

Wenn die beiden o.g. Kammern als Mitglieder beteiligt würden, stellte sich zudem die Frage, wie die Apothekerkammer behandelt werden sollte. Sie ist – im Gegensatz zu den o.g. Kammern – jedenfalls für die Organisation des Notdienstplans der Apotheken hinsichtlich Gruppenzuordnung und Turnus zuständig. Vertragspartner der Kassen für die Berliner Arzneimittellieferverträge ist jedoch der Berliner Apotheker-Verein. Sektorübergreifende Fragen spielen in den regionalen Arzneimittellieferverträgen jedenfalls bisher, wenn überhaupt, eine untergeordnete Rolle. Wenn die Apotheken beteiligt werden sollten, wäre also eher der Apotheker-Verein der richtige Ansprechpartner, da dieser die Apotheken in ihrer Rolle als Leistungserbringer vertritt. Im Apotheker-Verein sind allerdings nicht alle Apotheken organisiert, Nicht-Mitglieder treten den vom Verband ausgehandelten Arzneimittellieferverträgen jedoch bei.

In der LGK sind lt. GO die Ärztekammer und die Psychotherapeutenkammer Mitglied mit Stimmrecht (§ 3 II GO). Im Krankenhausbeirat ist lediglich die Ärztekammer als „weitere Beteiligte“ vertreten – mit den gleichen Rechten wie die „unmittelbar Beteiligten“. Im Landespsychiatriebei-

rat sind sowohl die BKG, die KV, die Ärztekammer und die Psychotherapeutenkammer vertreten.

#### **bb) Bezirke**

**Die Bezirke sollen nicht generell, sondern nur bei konkreter Betroffenheit einbezogen werden können. Dies kann über eine Anhörung oder ein Stellungnahmerecht für von einzelnen Fragestellungen konkret betroffene Bezirke erfolgen. Details zur Art der Einbeziehung sollen - wie bei den Kammern - nicht im Gesetz, sondern in der Geschäftsordnung geregelt werden.**

Die Bezirke sind nicht bei allen Bedarfsfragen und in der Regel nicht bei sektorübergreifenden Fragestellungen betroffen. Alle Fragen, die über die wohnortnahe Grundversorgung oder die bezirksbezogene Versorgung wie z. B. der Psychiatrie oder auch der Geriatrie hinausgehen, gehen über die einzelnen Bezirksgrenzen hinaus und sind großräumiger oder gar gesamtstädtisch zu betrachten. Gegen eine Mitgliedschaft der Bezirke spricht außerdem, dass aufgrund der großen Versorgungsunterschiede eine Benennung von 2-4 Vertreter/innen der Bezirke die Versorgungs- und damit verbundenen Interessenunterschiede zwischen den Bezirken nicht abbilden würde, sondern eigentlich alle Bezirke beteiligt werden müssten. 12 Bezirksvertreter/innen würden jedoch das Gremium majorisieren. Bei Bänkeparität müssten je mindestens ebenso viele Vertreter/innen für Leistungserbringer- und Kostenträgerseite benannt werden, was die Arbeitsfähigkeit des Gremiums massiv einschränken und den Organisationsaufwand erheblich erhöhen dürfte.

#### **2. Ansiedlung der Geschäftsstelle**

**Die Ansiedlung der Geschäftsstelle soll im Interesse maximaler Flexibilität nicht im Gesetz, sondern in der GO geregelt werden. Gespräche mit den Beteiligten über eine flexible arbeitsteilige Lösung sind noch nicht abgeschlossen. Geprüft wird, ob die Ansiedlung bei einem bereits bestehenden Gremium oder eine rollierende Geschäftsstelle möglich ist.**

In Berlin - wie auch in den meisten anderen Ländern - gibt es keine zusätzlichen Finanz- und Personalmittel für die Geschäftsstelle.

Die Geschäftsstellentätigkeit ist keine inhaltliche, sondern eine organisatorische, koordinierende Aufgabe, die mit erheblichem Aufwand verbunden ist, der wesentlich auch von der Sitzungshäufigkeit und den Aktivitäten von Arbeitsgruppen abhängt. Auch bei einer außerhalb der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung angesiedelten Geschäftsstelle ist es möglich, dass nach außen das Land als Vorsitz des Gremiums erkennbar ist.

#### **3. Vorsitz**

**Der Vorsitz soll auf politischer Ebene erfolgen (Senator oder Staatssekretärin). Im Gesetz soll im Interesse maximaler Flexibilität eine Regelung orientiert an § 5 II 1 LKG erfolgen.**

In den meisten Ländern soll der Vorsitz auf politischer Ebene durch Minister/in oder StS erfolgen, nur einzelne Länder tendieren eher zur Abteilungsleitung. Ziel ist, dass dadurch eine hochrangige Besetzung auch durch die anderen Beteiligten sichergestellt wird (Vorstand, Geschäftsführung). Das entspricht auch dem Ansatz, den die GO der LGK verfolgt (hier nach § 6 I der GO: Senatsmitglied für Gesundheit). Den Vorsitz im Krankenhausbeirat hat nach § 5 II 1 LKG das für Gesundheitswesen zuständige Senatsmitglied oder eine von diesem bestimmte Person.

#### **4. Sitzungsturnus**

**Im Interesse möglichst großer Flexibilität sollte entweder keine Regelung dazu getroffen werden oder - orientiert an der LGK - mindestens 1mal jährlich. Eine Regelung erfolgt nicht im Gesetz, sondern ggf. in der Geschäftsordnung.**

Soweit die Länder dazu schon Überlegungen angestellt haben, gibt es entweder keine Vorgaben dazu oder 1-2mal jährlich. Da das gemeinsame Landesgremium auch die Aufgabe haben soll, 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 abzugeben, muss sich sein Sitzungsturnus an dem des Landesausschusses orientieren und jeweils in dessen Vorfeld tagen, damit die Stellungnahmen vom Landesausschuss berücksichtigt werden können. Der Landesausschuss tagt bisher in der Regel 2mal jährlich.

### **5. Abstimmungsmodalitäten:**

**Im Gesetz soll keine Regelung zur notwendigen Mehrheit für inhaltliche Empfehlungen vorgesehen werden, sondern wie orientiert am Gesetz Schleswig-Holsteins nur eine Regelung zur Abstimmung über die GO. Für die Beschlussfassung über die GO soll in Abstimmung mit den Pflichtbeteiligten eine 2/3-Mehrheit im Gesetz und eine damit notwendige Stimmverteilung auf die Bänke vorgesehen werden. In der GO soll auf einhelligen Wunsch der Pflichtbeteiligten für inhaltliche Empfehlungen Einstimmigkeit vorgesehen werden verbunden mit einer Überprüfung nach ein bis zwei Jahren.**

Die Länder verfolgen hier unterschiedliche Ansätze, auch abhängig von der Aufgabe und der Zusammensetzung des Gremiums sowie vom Willen der Pflichtbeteiligten.

Da das Gremium lediglich Empfehlungen abgeben kann, spricht einiges für Einstimmigkeit. Diese hätte außerdem den Vorteil, dass dann keine paritätische Besetzung der Bänke erforderlich wäre. Einstimmige Empfehlungen dürften zudem von den für die Entscheidung über die Bedarfsplanung und über sektorübergreifende Versorgungsfragen zuständigen Gremien nur schwer zurückgewiesen werden können, da dort dieselben Beteiligten vertreten sind. Mehrheitsentscheidungen könnten dazu führen, dass entsprechende Empfehlungen ins Leere liefen, da sie von den Entscheidungsgremien nicht aufgenommen würden. Allerdings besteht bei Einstimmigkeitserfordernis das Risiko der Blockade durch einzelne Beteiligte. Deshalb soll in der GO eine Überprüfungs Klausel vorgesehen werden.

Mehrheitsentscheidungen werden allerdings bei den Beteiligten nur dann Akzeptanz finden, wenn eine Besetzung mit Bänkeparität erfolgt wie sie bei den Selbstverwaltungsgremien des SGB V üblich ist, d.h. jeweils gleich viele Sitze für Kostenträger/Kassen auf der einen und Leistungserbringer auf der anderen Seite. Die Frage, wie die Leistungserbringersitze zwischen KV und BKG aufgeteilt werden sollen, ob in einer einheitlichen Leistungserbringerbank, aufgeteilt in jeweils die Hälfte der Sitze der Kostenträger oder in getrennten Bänken mit jeweils der Hälfte der Sitze der Kostenträger, ist noch in der Diskussion. Die Frage nach der Stimmenanzahl des Landes ist ebenfalls noch nicht endgültig geklärt (eigene dritte Bank oder ausschlaggebende Stimme des Vorsitzes).

### **6. Veröffentlichung von Empfehlungen**

**Eine Regelung dazu erfolgt nicht im Gesetz, sondern in der GO. Die Gespräche mit den Pflichtbeteiligten über die Ausgestaltung sind noch nicht abgeschlossen.**

Zu diskutieren ist die Frage, ob und in welcher Form Empfehlungen des Gremiums veröffentlicht werden sollen. Denn eine Veröffentlichung erhöht die Selbstbindungswirkung für die Beteiligten, insbesondere bei einstimmigen Empfehlungen. Andererseits sollten die Beratungen selbst vertraulich bleiben, um eine für das Zustandekommen einstimmiger Empfehlungen notwendige offene Diskussion im Gremium zu ermöglichen. Es wird eine Ausgestaltung der GO angestrebt, die dem Spannungsverhältnis zwischen dem Wunsch nach einem geschützten Raum für offene Diskussion einerseits und dem Informationsinteresse des Parlaments und der Öffentlichkeit andererseits gleichermaßen Rechnung trägt.