

## **Begründung**

### **I. Allgemeine Begründung**

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, zukunftssicheren und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung einer sich unter demographischen Gesichtspunkten zunehmend wandelnden Gesellschaft ist das zentrale gesundheitspolitische Anliegen der Gegenwart. Es kann nur gelingen, wenn alle Beteiligten ihre Aktivitäten aufeinander abstimmen.

Derzeit vollzieht sich die medizinische Versorgungsplanung im Land Bremen in den einzelnen Leistungssektoren sehr unterschiedlich: Im ambulanten Bereich etwa gestaltet die Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit den Krankenkassen die Bedarfsplanung weitestgehend autonom. Ein Mitentscheidungsrecht weiterer Akteure ist nicht vorgesehen. Im Bereich der stationären Krankenhausplanung ist das Land Bremen unter Einbeziehung weiterer Beteiligter vorrangig verantwortlich. Im Vorsorge- und Rehabilitationsbereich wird der Bedarf zwischen den entsprechenden Einrichtungen und den Krankenkassen ermittelt und durch Verträge gedeckt. Eine übergreifende Versorgungsplanung, die alle Bereiche einbezieht und untereinander abstimmt, findet lediglich ansatzweise und nicht institutionalisiert und verpflichtend statt. Eine Vernetzung aller Versorgungsbereiche ist jedoch angesichts der bestehenden Probleme im Gesundheitswesen, wie etwa die entstehenden Versorgungslücken und steigenden Kosten, zur Verbesserung der Versorgungssteuerung und Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Land Bremen erforderlich. Ein Instrument, um diese Anforderungen zu erfüllen, stellt die Verzahnung von ambulantem und stationärem Versorgungsbereich dar.

Die Länder haben durch den zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen § 90a SGB V nunmehr die Möglichkeit erhalten, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen zu bilden, in dem neben dem Land, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen auch die Landeskrankengesellschaft beteiligt ist. Die nähere Ausgestaltung und Besetzung dieses Gremiums, wie etwa die Einbeziehung weiterer Beteiligter, bestimmt sich nach Landesrecht.

Die Beschlüsse dieses gemeinsamen Landesgremiums sind nicht unmittelbar verbindlich, da sie Empfehlungscharakter haben. Der Landesgesetzgeber kann jedoch vorsehen, dass die Stellungnahmen dieses Gremiums zu Entscheidungen der Landesausschüsse im Bereich der ambulanten Bedarfsplanung einzuholen und zu berücksichtigen sind.

### **II. Einzelbegründung**

#### **Zu § 1:**

§ 90 a SGB V räumt dem Landesgesetzgeber die Möglichkeit ein, ein gemeinsames Landesgremium einzurichten. Hiervon macht der bremische Landesgesetzgeber durch dieses Gesetz Gebrauch.

#### **Zu § 2:**

Absatz 1 regelt die Zusammensetzung des gemeinsamen Landesgremiums. Zunächst sind die nach § 90 a SGB V festgelegten Mitglieder genannt. Hierzu gehören der Senator für Gesundheit als Vertreter des Landes, die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Krankenhausgesellschaft. Daneben macht der Landesgesetzgeber von der Möglichkeit Gebrauch, weitere Beteiligte in das gemeinsame Landesgremium einzubeziehen. Zwecks Berücksichtigung der konkreten Gegebenheiten vor Ort ist vorgesehen, dass auch die

Stadtgemeinde Bremerhaven vertreten ist. Darüber hinaus werden die Ärztekammer Bremen und die Psychotherapeutenkammer Bremen in das Landesgremium einbezogen.

Um ein kleines und arbeitsfähiges Gremium zu erhalten, ist jede Gruppe lediglich mit einem Vertreter bzw. einer Vertreterin beteiligt. Um jedoch – obwohl die Verlautbarungen des Gremiums lediglich empfehlenden Charakter haben – kein Bänkeungleichgewicht zu erzeugen, soll zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen ein paritätisches Verhältnis bestehen, so dass die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhausgesellschaft, die Ärztekammer und die Psychotherapeutenkammer zusammen auf der einen Seite über vier Sitze und die Krankenkassen auf der anderen Seite ebenfalls über vier Sitze verfügen.

Es ist nicht vorgesehen, dass Vertreterinnen und Vertreter der zahnärztlichen Leistungserbringer als ständige Mitglieder des Landesgremiums hinsichtlich aller Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung beteiligt sind. Von einem überwiegenden Teil der sich in diesem Gremium stellenden Problemfragen sind weder die Zahnärztekammer noch die Kassenzahnärztliche Vereinigung betroffen. Insofern regelt Absatz 2, dass bei Fragen, die die zahnärztliche Versorgung oder Berufsausübung betreffen, die Vertreterinnen und Vertreter der Ärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung durch Vertreterinnen und Vertreter der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ersetzt werden. In diesem Fall gelten sie als vollwertige Mitglieder und haben dieselben Rechte und Pflichten wie die in Absatz 1 genannten Mitglieder. Dies wird durch den ausdrücklichen Hinweis auf das Stimmrecht nach § 4 Absatz 3 Satz 1 noch einmal bekräftigt.

In Absatz 3 wird zunächst § 140f Absatz 3 Nr. 2 SGB V Genüge getan. Hiernach haben die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen im gemeinsamen Landesgremium ein Mitberatungsrecht. Darüber hinaus sieht Absatz 3 vor, dass eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Pflege Mitglied im gemeinsamen Landesgremium ist. Jede Organisation entsendet hierfür eine Person. Insgesamt dürfen nur drei Vertreterinnen und Vertreter im Gremium vertreten sein, um die Arbeitsfähigkeit aufrecht zu erhalten. In Absatz 3 wird – ebenso wie in § 140f SGB V – darauf hingewiesen, dass es sich um ein Mitberatungsrecht handelt. Ein Stimmrecht bei der Beschlussfassung ist nicht gegeben. Gleichwohl haben die drei Vertreterinnen und Vertreter jedoch das Recht, bei der Beschlussfassung anwesend zu sein.

Nach Absatz 4 ist auch der Landesbehindertenbeauftragte beratendes Mitglied im gemeinsamen Landesgremium, um den Belangen von behinderten Menschen bei Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung hinreichend Geltung zu verschaffen. Auch sein Anwesenheitsrecht erstreckt sich auf die Beschlussfassung.

Jede in dem gemeinsamen Landesgremium vertretene stimmberechtigte Organisation nach Absatz 1 und 2 bestellt nach Absatz 5 in eigener Verantwortung einen Vertreter bzw. eine Vertreterin. Diese Person ist namentlich und schriftlich gegenüber der Geschäftsstelle des Landesgremiums bekannt zu geben. Das bedeutet, dass Vertreterinnen und Vertreter personell festgelegt werden und nicht ohne weiteres austauschbar sind. Für jede Vertreterin und jeden Vertreter ist mindestens eine Stellvertretung zu benennen. Auch dies erfolgt auf schriftlichem Wege gegenüber der Geschäftsstelle. Eine Abberufung der Vertretungen und Stellvertretungen ist nur konstruktiv möglich, das heißt, wenn gleichzeitig eine neue Vertretung bzw. Stellvertretung benannt wird. Damit soll gewährleistet werden, dass das Gremium stets arbeitsfähig ist respektive gefasste Beschlüsse auf den weitestgehenden Konsens aller Beteiligten zurückzuführen sind. Auch kann sich somit keines der Mitglieder durch Abwesenheit der gemeinsamen Verantwortung entziehen. In diesem Zusammenhang ist auch Satz 4 zu sehen: Kommen die Mitglieder des Landesgremiums ihrer Pflicht zur Benennung von Vertretungen und Stellvertretungen innerhalb einer angemessenen Frist nicht nach, wird die Bestellung durch den Senator für Gesundheit vorgenommen. Der unbestimmte Rechtsbegriff „angemessene Frist“ ist im Zusammenhang mit der vom Landesgremium zu verabschiedenden Geschäftsordnung auszulegen. Hierbei ist u.a. zu berücksichtigen, in welchen zeitlichen Abständen sich das Gremium zusammenfindet.

Darüber hinaus ergibt sich aus Absatz 6, dass das Landesgremium nicht nur als vollständiges Gremium beraten muss, sondern auch Arbeitsgruppen bilden kann, die sich mit besonderen Einzelfragen beschäftigen.

#### Zu § 3:

Nach Absatz 1 gibt das gemeinsame Landesgremium Empfehlungen zu allen Bereichen der sektorenübergreifenden Versorgung ab. Das Gremium ist nicht darauf beschränkt, sich mit Fragestellungen zu beschäftigen, die von anderer Seite an es herangetragen werden. Es bestimmt eigenverantwortlich, welche Themenbereiche Gegenstand der Beratungen und Empfehlungen werden. Sektorenübergreifend bedeutet, dass mindestens zwei Sektoren umfasst sein müssen. Beispielhaft wird dabei hervorgehoben, dass es dabei um die qualitativ und quantitativ ausreichende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung geht und um den Aufbau entsprechender Strukturen, um dieses Ziel zu gewährleisten, damit allen Menschen in Bremen und Bremerhaven gegenwärtig und zukünftig eine angemessene medizinische Versorgung zur Verfügung steht. Hierbei sind – gerade unter dem Gesichtspunkt der Beurteilung der Angemessenheit – vor dem Hintergrund des demographischen Wandels kurz-, mittel- und langfristige Perspektiven in den Blick zu nehmen. Auch ist die Häufigkeit des Auftretens unterschiedlicher Erkrankungen in den einzelnen kleineren Versorgungsbezirken unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstrukturen und der Infrastruktur einzubeziehen. Das Landesgremium hat dabei die Rolle der Städte Bremen und Bremerhaven als Oberzentren in der Region einzubeziehen.

Absatz 2 findet seine Grundlage in der Ermächtigung für eine landesrechtliche Regelung nach § 90a Absatz 2 SGB V. Dem gemeinsamen Landesgremium wird hierdurch das Recht eingeräumt, Stellung zu nehmen zu den Versorgungsplänen der anderen im SGB V kodifizierten Planungsgremien auf Landesebene. Beschlüsse des gemeinsamen Landesgremiums sind nicht unmittelbar verbindlich, sondern haben Empfehlungscharakter.

In Absatz 3 wird zum Ausdruck gebracht, dass die Versorgungsplanung – und so auch die sektorenübergreifende – sich zwar immer nur auf den Bereich eines Landes bezieht, die Besonderheiten Bremens und Bremerhavens aber nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Die besondere versorgungssichernde Rolle Bremens und Bremerhavens sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist in die Beratungen einzubeziehen. Um dies zu gewährleisten schreibt Absatz 3 vor, dass die entsprechenden niedersächsischen Gremien – insbesondere das dortige Landesgremium nach § 90a SGB V – zu beteiligen sind. Im Bedarfsfall ist gegenüber den Gremien in Niedersachsen anzuregen, bestimmte Themenbereiche gemeinsam zu verhandeln und ggf. gemeinsame Empfehlungen abzugeben.

Nach Absatz 4 sind die Empfehlungen des gemeinsamen Landesgremiums zu den Bedarfsplänen und den Entscheidungen nach Absatz 2 vom Landesausschuss zu berücksichtigen. Das heißt, es muss aus den Beratungsunterlagen deutlich hervorgehen, dass sich der Landesausschuss mit den Empfehlungen, Anregungen u. ä. des gemeinsamen Landesgremiums auseinander gesetzt hat.

#### Zu § 4:

Nach Absatz 1 führt der Senator für Gesundheit als bänkeunabhängiges Mitglied den Vorsitz im gemeinsamen Landesgremium. Er kommt damit seiner Verantwortung als Beteiligter sowie als Moderator und Mittler nach. In seinem Verantwortungsbereich ist die Geschäftsstelle des gemeinsamen Landesgremiums zu errichten. Die Verortung der Geschäftsstelle bei einem anderen Mitglied des Landesgremiums würde eine interessenausgleichende Befassung erschweren.

Um möglichst unbeeinflusste und ergebnisoffene Überlegungen zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung anstellen und Abstimmungen durchführen zu können, bedarf es eines geschützten Raumes. Insofern schreibt Absatz 2 vor, dass die Beratungen des gemeinsamen Landesgremiums unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfinden haben. Dass über die Inhalte der Beratungen Stillschweigen zu bewahren ist, ergibt sich hieraus. Welche Inhalte später, über die Empfehlungen hin-

aus, der Öffentlichkeit bekannt gegeben werden, bestimmt das Landesgremium im Nachhinein selbst. Darüberhinausgehende Einzelheiten sind in der Geschäftsordnung festzulegen.

Die Vertreterinnen und Vertreter der ständigen Mitglieder im gemeinsamen Landesgremium haben entsprechend dem „Bänkeprinzip“ jeweils eine Stimme. Da Beschlüsse des Gremiums zu ihrer Wirksamkeit der Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der anwesenden Mitglieder bedürfen, ist eine Beschlussfassung über eine Empfehlung mit den Stimmen nur einer Bank kaum denkbar. Hierdurch wird abermals zum Ausdruck gebracht, dass es sich bei dem gemeinsamen Landesgremium weniger um eine Einrichtung handelt, in der Interessen durch Mehrheitsbeschluss durchgesetzt werden sollen. Vielmehr wird mit der Errichtung des gemeinsamen Landesgremiums die Bildung eines Ausschusses angestrebt, der sich seiner gemeinsamen Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung in ihrer Gesamtheit bewusst und von daher bestrebt ist, Beschlüsse und Empfehlungen konsensual zu treffen.

Nach Absatz 4 gibt sich das gemeinsame Landesgremium mit den Stimmen der Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder eine Geschäftsordnung. Hierin sind u. a. der Sitzungsturnus, die Einladungsmodalitäten und die Fristen festzulegen.

#### Zu § 5:

Diese Bestimmung regelt das Inkrafttreten.