



Grundlagen der Patientenbeteiligung nach § 140 f SGB V

Erfahrungen einbringen,
Interessen vertreten

Vorwort

Schon seit den 1990er Jahren besteht der politische Wille, Bürgerinnen und Bürger an der Gestaltung der Gesundheitsversorgung zu beteiligen.

Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen bezieht sich auf die kollektive Einbeziehung von Bürger-, Versicherten- und Patienteninteressen in diversen Planungs- und Entscheidungsgremien im Gesundheitswesen. Die Beteiligung kann dabei in verschiedenen Stufen erfolgen und zwar durch das Einbringen von Bürgermeinungen (Stufe 1), durch Anhörungen und Stellungnahmen (Stufe 2), durch eine Beteiligung an Beratungen (Stufe 3) und schließlich durch ein Stimmrecht bei Entscheidungen (Stufe 4).

Im Jahr 2004 wurden durch das Gesundheitsministerium mit Unterstützung der Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (Krankenkassen, kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften) politisch-rechtliche Rahmenbedingungen für mehr Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen geschaffen. Hierzu zählt die Verankerung eines Mitberatungs- und Antragsrechtes von Patientenvertreterinnen und -vertretern in Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens.

Als maßgebliche Organisation zur Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen wurde auch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. ernannt. Sie ist seitdem ermächtigt, Patientenvertreterinnen und -vertreter für die Teilnahme an Fachgremien, die sich mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung befassen, zu benennen. Das bedeutendste Gremium ist der

Gemeinsame Bundesausschuss, der festlegt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Er beschließt Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich.

Hinzu kommen Gremien in den Ländern, wie die Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüsse, die über die Art und Anzahl der Arztsitze in einer Region entscheiden.

In dieser Broschüre informieren wir über die Grundlagen der Beteiligungsmöglichkeiten, die sich aus der gesetzlich verankerten strukturierten Patientenbeteiligung nach § 140 f SGB V ergeben.

*Ursula Helms, Dr. Jutta Hundertmark-Mayser, NAKOS
Berlin, Juni 2014*

Betroffenenkompetenz

In der Arbeit von Selbsthilfegruppen geht es um Information und Erfahrungsaustausch, um gegenseitige Hilfe und um Hilfe für außenstehende Gleichbetroffene, um Wissenserwerb und gemeinsames Lernen. Gemeinschaftliche Selbsthilfe ist grundsätzlich lebens- und alltagsnah, sie ist ganzheitlich ausgerichtet. Ziel ist die Entwicklung einer nachhaltig wirkenden Bewältigungsstrategie im Umgang mit einer Erkrankung und ihren Auswirkungen. Selbsthilfegruppenmitglieder entwickeln aus ihrer eigenen Betroffenheit, aus ihrem persönlichen Umgang mit der Erkrankung und aus ihrem Erfahrungsaustausch in der Gruppe eine besondere Kompetenz: die Betroffenenkompetenz.

Inhalt

PATIENTENBETEILIGUNG NACH § 140 f SGB V – WAS IST DAS?	6
Die gesetzliche Grundlage	7
Mitberatungs- und Antragsrecht	9
Anerkannte Organisationen	10
Kriterien und Verfahren für eine Benennung	12
Leitbild der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)	15
WO IST DIE BETEILIGUNG MÖGLICH?	19
Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)	22
Beteiligung auf der Landesebene	29
Zulassungsausschüsse	29
Landesausschüsse	36
Erweiterte Landesausschüsse	37
Gemeinsame Landesgremien	38
Mitberatung beim GKV-Spitzenverband	39
Rahmenempfehlungen zur Mitberatung im Einzelnen	41
WER WIRD BETEILIGT?	49
Gesetzestext § 140 f SGB V	50
Zum Weiterlesen	54
Linktipps	55
Informationen zur Selbsthilfe	56
Impressum	58

Patientenbeteiligung nach § 140 f SGB V – was ist das?

Viele Entscheidungen im Gesundheitswesen setzen eine intensive fachliche Diskussion voraus und brauchen, um in die Praxis umgesetzt zu werden, die Unterstützung von Leistungserbringern [Krankenhäuser, niedergelassene (Zahn-) Ärztinnen und Ärzte] und Krankenkassen. Deshalb delegiert der Gesetzgeber die Ausgestaltung seiner gesetzlichen Vorgaben im Gesundheitswesen an Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung, die sich aus den oben genannten Akteuren zusammensetzen.

Auf Bundesebene entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dabei über Fragen des Leistungsangebots – also welche Behandlungen, Heil- und Hilfsmittel sowie Medikamente von den Krankenkassen erstattet werden müssen – und die notwendigen Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Damit bei den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses auch die Interessen der betroffenen Patientinnen und Patienten Gehör finden, wurde mit dem § 140 f SGB V seit 2004 die Teilnahme der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen gesetzlich vorgeschrieben.

Die gesetzliche Grundlage

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2003 wurden die gesetzlichen Grundlagen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen durch Patientenvertreterinnen und -vertreter gemäß § 140 f SGB V geschaffen. Das Gesetz ist am 1.1.2004 in Kraft getreten. Damit wurde die Möglichkeit zur Beteiligung von Patientenvertreterinnen und -vertretern bei Fragen der gesundheitlichen Versorgung erstmals gesetzlich geregelt.

Strukturierte Patientenbeteiligung

Als wichtigste Form der Mitsprache im Gesundheitswesen hat der Gesetzgeber zum 1. Januar 2004 die Patientenbeteiligung nach § 140 f SGB V geschaffen. Danach nehmen die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen an wichtigen Gremien, in denen Versorgungsfragen behandelt werden, teil. Die Beteiligung erfolgt dabei nur mitberatend, nicht mitentscheidend. Das heißt, dass Patientenvertreterinnen und -vertreter sich aktiv in die Beratungen einbringen können, bei Beschlüssen aber kein Stimmrecht haben.

Besonders gelungen an dieser Regelung ist, dass die Betroffenen und ihre Interessenvertretungen selbst angehört und mitberatend einbezogen werden. So können chronisch kranke und behinderte Menschen und ihre Interessenvertretungen ihre Sicht als Patientinnen und Patienten in wichtigen Gremien der gesundheitlichen Versorgung einbringen und damit Einfluss nehmen auf die Diskussionsverläufe in den Gremien. Die Auswahl der anerkannten Organisationen, die Patientenvertreterinnen und -vertreter entsenden dürfen, ist umfassend und ermöglicht eine Interessenvertretung aus unterschiedlichen Perspektiven.

Stärkung von Patientensouveränität und Patientenrechten

Politisches Ziel bei der Einführung von Beteiligungsrechten im Gesundheitswesen war die Stärkung von Patientensouveränität und von Patientenrechten. Aus Sicht des damaligen Gesetzgebers sollten Patientinnen und Patienten zu Partnern gemacht und die Transparenz der Leistungserbringung für die Patientinnen und Patienten verbessert werden. „Sie wissen besser ‚was läuft‘ und achten selbst mit auf eine gute Versorgung. Gut informierte Patienten werden zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen.“ (Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Stand: 5. Februar 2003).



„Die Patientenvertretung ist eine gelungene Form von Bürgerbeteiligung. Der Prozess, die Vertreter von ‚unten‘ zu entsenden anstatt von ‚oben‘ zu berufen, stößt auch international auf große Anerkennung.“

Zitat aus der Broschüre „Wir geben den Patientinnen und Patienten eine Stimme“, S. 11, Berlin 2014

Mitberatungs- und Antragsrecht

Das GKV-Modernisierungsgesetz hat im fünften Buch des Sozialgesetzbuches, der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), mit dem neuen Paragraphen § 140 f SGB V die Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in den Landesausschüssen, den Zulassungs- und den Berufungsausschüssen vorgeschrieben. Seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes zum 1. Januar 2012 ist auch eine Beteiligung der Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten in den gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90 a SGB V geregelt.

Die Beteiligung erfolgt dabei nur mitberatend, nicht mitentscheidend. Das heißt, dass Patientenvertreterinnen und -vertreter das Recht haben, an allen Beratungen teilzunehmen und auch Anträge zu stellen, bei Beschlüssen aber nicht mit abstimmen dürfen.

Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene mitberatende Beteiligung müssen die beschriebenen Gremien umsetzen. Sie haben keine Möglichkeit, die Anwesenheit von Patientenvertreterinnen und -vertretern und deren Mitberatung abzulehnen.

Anerkannte Organisationen

Als maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Mitspracherechte nach § 140 f SGB V wurden vom Bundesministerium für Gesundheit folgende Selbsthilfe-, Patienten- und Verbraucherorganisationen benannt:

- der Deutsche Behindertenrat (DBR),
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP),
- der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) und
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)

Expertise aus Betroffenheit

Die Patientenvertretung bringt Informationen aus Sicht eigener Betroffenheit und eigenem Erleben von Menschen in Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen, aus Sicht der Selbsthilfeunterstützung oder aus der Beratungspraxis für Patientinnen und Patienten in die Diskussion ein. Sie berücksichtigt Versorgungserfahrungen, die Betroffene machen, und sie fördert Transparenz über Entscheidungswege sowie Qualität in der medizinischen Versorgung. Sie verweist auf das Erfordernis ausreichender Versorgungsangebote und ihrer Erreichbarkeit auch für ländliche Gebiete.

In der „Patientenbeteiligungsverordnung“ legte der Gesetzgeber folgende Anforderungen an maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene fest. Diese müssen

1. nach ihrer Satzung ideell und nicht nur vorübergehend die Belange von Patientinnen und Patienten oder der Selbsthilfe fördern,
2. in ihrer inneren Ordnung demokratischen Grundsätzen entsprechen,
3. gemäß ihrem Mitgliederkreis dazu berufen sein, die Interessen von Patientinnen und Patienten oder der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene zu vertreten,
4. zum Zeitpunkt der Anerkennung mindestens drei Jahre bestehen und in diesem Zeitraum im Sinne von Punkt 1 bundesweit tätig gewesen sein,
5. die Gewähr für eine sachgerechte Aufgabenerfüllung bieten; dabei sind Art und Umfang der bisherigen Tätigkeit, der Mitgliederkreis und die Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen,
6. durch Offenlegung ihrer Finanzierung nachweisen können, dass sie neutral und unabhängig arbeiten, und
7. gemeinnützige Zwecke verfolgen.

Die maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sind befugt, Patientinnen und Patienten und ihre Interessenvertretungen für die im Gesetz benannten Gremien auf Bundesebene in den G-BA und in den Ländern zu benennen. Die hierfür benannten Personen werden als „sachkundige Personen“ bezeichnet.

Kriterien und Verfahren für eine Benennung

Um als Patientenvertreterin oder Patientenvertreter in den entsprechenden Gremien selbst aktiv werden zu können, müssen interessierte Personen Mitglied in einer der vier anerkannten Organisationen sein. Und sie müssen für die einzelnen Gremien offiziell benannt werden. Mindestens die Hälfte der Personen, die in einem Gremium mitberaten dürfen, sollen von einer Erkrankung betroffene Menschen sein. Im Kreis der anerkannten Organisationen wird über die Benennung beraten, denn die Benennung soll zwischen den Organisationen einvernehmlich erfolgen.

Antragsberechtigt sind die anerkannten Organisationen

Häufig taucht die Frage auf, ob auch einzelne Patientenvertreter bzw. Patientenvertreterinnen einen eigenen Antrag z.B. auf Überprüfung einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode stellen können. Ein solcher Antrag ist nicht zulässig, denn in § 140 f Abs. 2 SGB V ist festgelegt, dass nur die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen berechtigt sind, einen Antrag zu stellen. Möchte eine Patientenvertreterin oder ein Patientenvertreter also einen Antrag einreichen, muss sie bzw. er zumindest eine der in der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen für sich gewinnen bzw. dort Mitglied sein. Die Geschäftsordnung des Koordinierungsausschusses sieht darüber hinaus vor, dass ein entsprechender Antrag nur mit Zustimmung des Koordinierungsausschusses eingebracht wird.



„Als sachkundige Personen werden Patientenvertreterinnen und -vertreter zur Wahrnehmung des Mitberatungsrechts im G-BA von den maßgeblich anerkannten Patienten- und Selbsthilfeorganisationen einvernehmlich benannt. Dies ist ein gesetzlicher Auftrag nach § 140 f SGB V.“

Zitat aus der Broschüre „Wir geben den Patientinnen und Patienten eine Stimme“, S. 11, Berlin 2014

Zur Herstellung des Einvernehmens bei Benennungsentscheidungen sowie weiteren Aufgaben im Rahmen der Patientenbeteiligung haben die anerkannten Organisationen auf Bundesebene einen Koordinierungsausschuss eingerichtet. Der Koordinierungsausschuss tagt regelmäßig.

Im Koordinierungsausschuss haben sich die anerkannten Organisationen auf eine Geschäftsordnung verständigt, welche im Jahr 2012 überarbeitet und zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist. In der Geschäftsordnung wurden bestehende Verfahrensvereinbarungen zusammengefasst und aktualisiert.

In 2013 wurde zudem im Rahmen einer Vollversammlung der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein Leitbild der Patientenvertretung diskutiert und verabschiedet.

In vielen Ländern gibt es ebenfalls Koordinierungsausschüsse für die Patientenbeteiligung.



§ 140 f SGB V Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten Absatz 1

Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sind in Fragen, die die Versorgung betreffen, nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu beteiligen.

Kriterien für eine Benennung

Im Koordinierungsausschuss haben sich die anerkannten Organisationen bereits zu Beginn ihrer Beteiligungsrechte im G-BA auf Kriterien für die Benennung von Patientenvertreterinnen und -vertretern verständigt. Zusammengefasst lauten diese:

- Patientenvertreterinnen und -vertreter bringen die kollektive Erfahrung von Patientinnen und Patienten ein, die in den Organisationen gebündelt sind und haben die entsprechende Kompetenz;
- Sachkunde wird umschrieben mit Fachkompetenz in der Patientenselbsthilfe oder Patientenberatung sowie Vernetzungskompetenz, um über die individuelle Betroffenheit oder die Einzelfallberatung hinaus die Belange von Patientinnen und Patienten allgemein oder im Hinblick auf eine spezifische Thematik vor dem Hintergrund der in den jeweiligen Organisationen gebündelten Erfahrungen vertreten zu können;
- Voraussetzung ist die Unabhängigkeit von den Leistungsträgern des G-BA und von Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen.

Leitbild der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Erarbeitet auf der 1. Vollversammlung der Patientenvertretung am 7. und 8. Juni 2013

Selbstverständnis

Wir sind die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten, eine starke Gemeinschaft. Wir repräsentieren die Patientenvielfalt: akut oder chronisch krank, leicht oder schwer beeinträchtigt, jung oder alt.

Als Expertinnen und Experten mit eigenem und kollektivem Erfahrungswissen bringen wir unsere Kompetenz in die Beratungen des G-BA und angeschlossene Gremien ein. Damit verstehen wir uns als Brücke zwischen dem G-BA und dem Alltag der Betroffenen. Wir sind als Betroffene sowie Beraterinnen und Berater unabhängig von den dort sonst vertretenen Interessen der Leistungserbringer, Krankenkassen, Industrie und Politik. Wir sind nur den Interessen der Betroffenen verpflichtet und lassen uns nicht von fremden Interessen instrumentalisieren.

Wir sind das Gegengewicht zu den anderen Akteuren im G-BA. Als Stimme der Patientinnen und Patienten sind wir im Gesundheitswesen unverzichtbar. Wir stehen dafür, dass Patientinnen und Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss und in der Versorgung ernst genommen werden. Wir bringen die Interessen der Patienten selbstbewusst in Politik und G-BA ein. Wir legen beharrlich Schwachstellen der Versorgung offen und benennen Defizite, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und Transparenz zu erreichen.

Prinzipien

Unser Ziel ist die Verbesserung der Patientensicherheit und eine Versorgung, die den Nutzen (Lebenszeit, Linderung, Lebensqualität) für Patientinnen und Patienten steigert. Dafür nutzen wir das bestverfügbare Wissen einschließlich der Erfahrung der Betroffenen. Wir setzen uns dafür ein, das Wissen über gute und sichere Versorgung zu vermehren. Die Methode der Evidenzbasierung hilft uns, die Zuverlässigkeit des Wissens über Sicherheit und Nutzen von Behandlungsmethoden zu prüfen.

Patientenvertretung findet im Team statt. Unsere Prinzipien sind: Kooperation, Solidarität, Respekt, Offenheit, Sachlichkeit, Transparenz, Konfliktfähigkeit, Konsensstreben und Wissensaustausch. Allgemeines Patienteninteresse geht dabei vor Verbandsinteresse.

Die Patientenvertretung im G-BA nach § 140 f SGB V setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der vier maßgeblichen Patientenorganisationen gemäß der Patientenbeteiligungsverordnung zusammen:

- Deutsche Behindertenrat (DBR),
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP),
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) und
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)

Die Patientenvertretung im G-BA kann mitberaten und Anträge stellen, hat aber kein Stimmrecht.

Formen des Miteinander

Wir haben eine verlässliche Arbeits- und Organisationsstruktur und informieren uns gegenseitig umfassend. Neue Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter arbeiten wir kontinuierlich ein und erweitern unsere Kompetenz durch Fort- und Weiterbildungen.

Wir streben innerhalb der Patientenvertretung Konsens an. Kann dieser nicht erzielt werden, werden unterschiedliche Ansichten respektvoll dargestellt und an geeigneter Stelle dokumentiert.

Ziele

Im Gemeinsamen Bundesausschuss setzen wir uns als Patientenvertretung immer für eine sichere, bestmögliche und patientenorientierte Versorgung ein. Dazu gehören eine Stärkung der sprechenden Medizin sowie eine wirkungsvolle und patientenorientierte Qualitätssicherung. Wir wollen erreichen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert und damit unnötiges Leid vermieden wird. Wir arbeiten auf ein Gesundheitswesen hin, das allen einen gleichberechtigten Zugang bietet. Wir kämpfen für Inklusion und Barrierefreiheit in allen Bereichen, die Sicherstellung des Wunsch- und Wahlrechts auf Therapie und Therapeutin oder Therapeut sowie laienverständliche medizinische Informationen und Kommunikation.

Wir setzen uns für unabhängige und transparente Forschung ein, die ausschließlich am Nutzen von Patientinnen und Patienten orientiert ist und vordringliche Wissenslücken schließt.

Wir streben eine bessere Transparenz unserer Arbeit und eine größere Relevanz in der Öffentlichkeit an. Wir wollen innerhalb der Beratungen und außerhalb des G-BA als die Stimme der Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden. Hierzu bedarf es auch einer adäquaten finanziellen und personellen Ausstattung.

Unser Ziel ist ein Gesundheitswesen, in dem die Patientin und der Patient wirklich im Mittelpunkt stehen.

Beratungserfolge der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Zum Beispiel.....

- Ausweitung der Möglichkeiten zur Knochendichtemessung als Kassenleistung
- Barrierefreiheit in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sowie in der Bedarfsplanungsrichtlinie
- Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Bedarfsplanung
- Mitberatungsrechte für Patientenvertreterinnen und -vertreter in Gremien der Qualitätssicherung auf Landesebene
- MRSA-Sanierung in der Häuslichen Krankenpflege
- Qualitative Verbesserungen bei der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
- Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Quelle: „Wir geben den Patientinnen und Patienten eine Stimme“, S. 8-9, Berlin 2014

Wo ist die Beteiligung möglich?

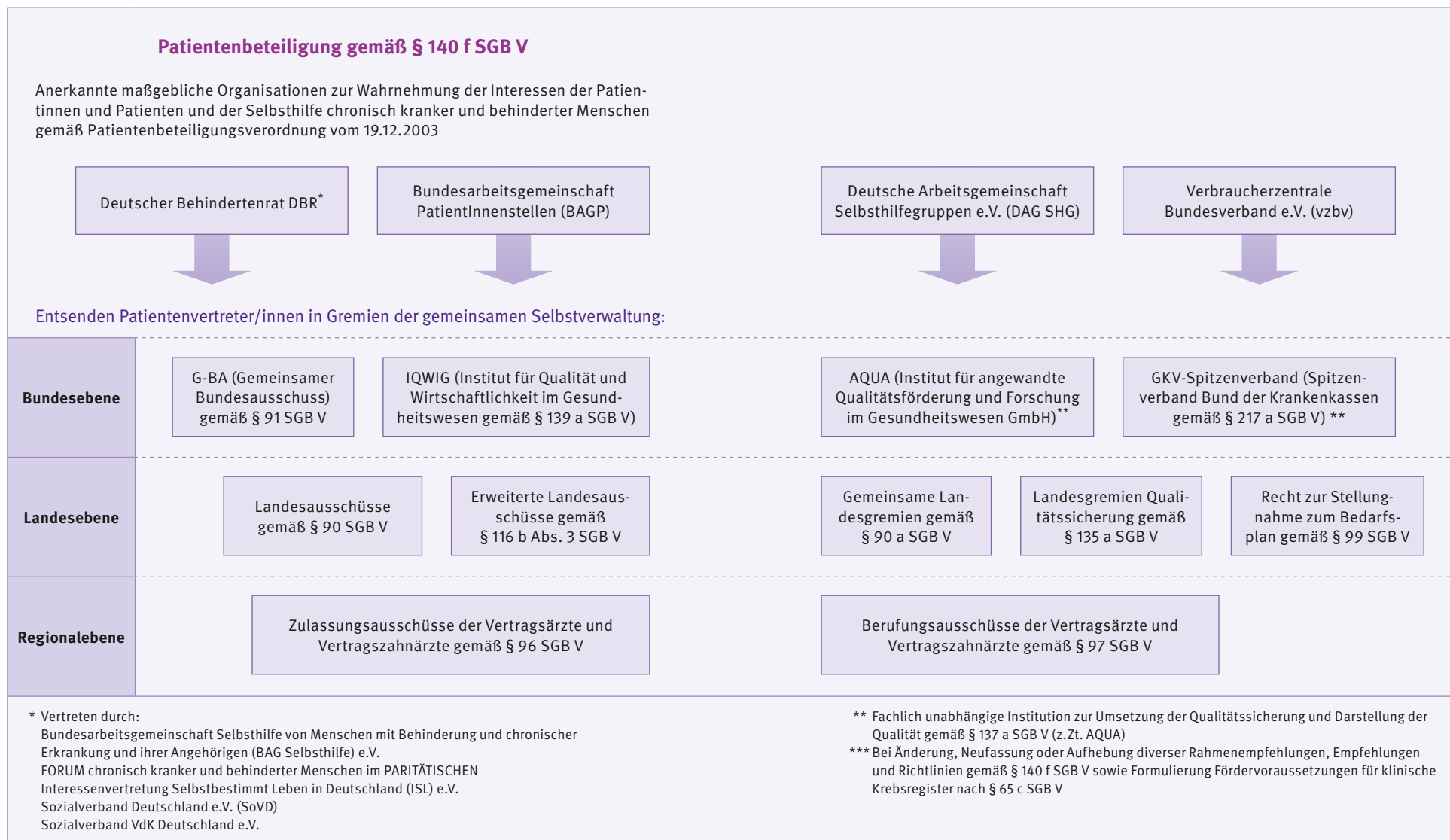
Mit § 140 f SGB V wurden die Beteiligungsrechte in unterschiedlichen Gremien auf Landes- und Bundesebene geregelt. In die gesetzliche Regelung aufgenommen wurden Gremien, welche einen direkten Einfluss auf die gesundheitliche Versorgung in Deutschland haben.

Auf Landesebene sind es die Gremien, die für die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie der Psychotherapeutinnen und -therapeuten zuständig sind. Auf Bundesebene ist es mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss das Gremium, welches über Umfang und Qualität der Leistungen entscheidet, die Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten können.

Zudem sind die anerkannten Organisationen berechtigt, bei Rahmenvereinbarungen des GKV-Spitzenverbandes zur Ausgestaltung von Rechten auf Versorgung zum Beispiel mit Hilfsmitteln mit beratend beteiligt zu werden. Eine Übersicht zu den Gremien, in denen eine Patientenbeteiligung auf Bundesebene und in den Ländern laut Gesetz möglich ist, zeigt die Abbildung auf Seite 20/21.

Beteiligungsmöglichkeiten

- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Ausschüsse auf Landesebene
- GKV-Spitzenverband



Quelle: NAKOS Studien | Selbsthilfe im Überblick 3 | Zahlen und Fakten 2011/2012 | © NAKOS 2013

Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

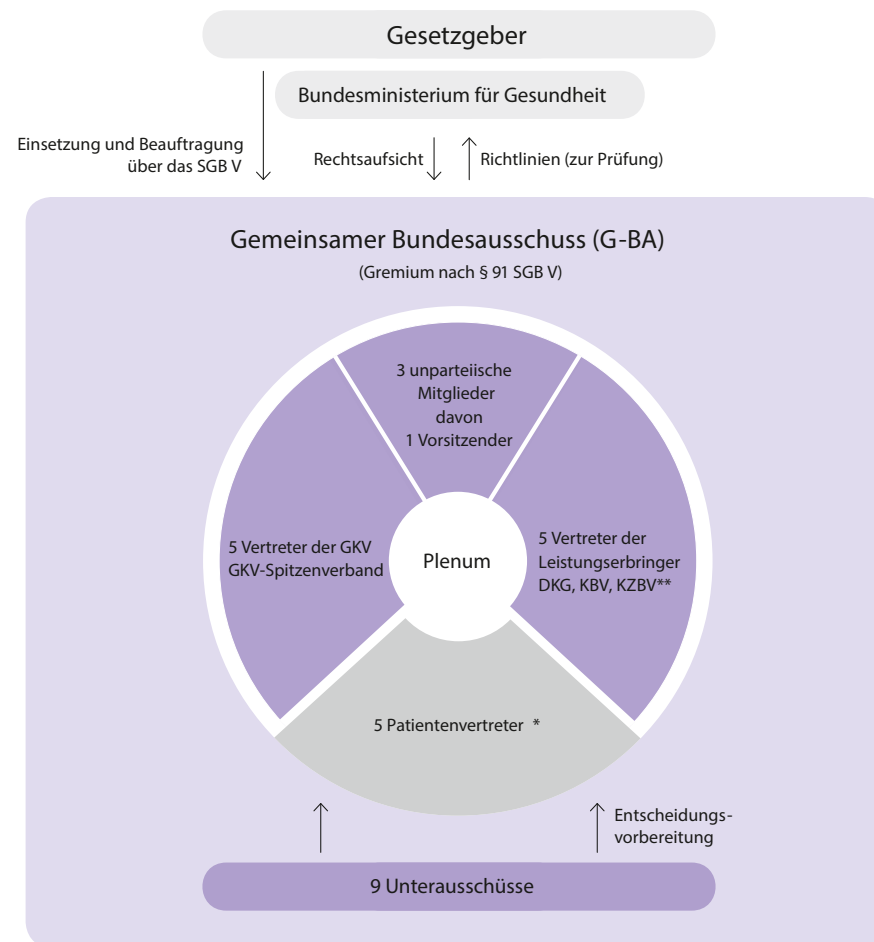
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von (Zahn-)Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenhäusern (Leistungserbringer) und Krankenkassen (Leistungsträger) in Deutschland.

Der G-BA legt in Richtlinien fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden. Die Richtlinien sind für alle gesetzlich Krankenversicherten und für alle Leistungserbringer in der GKV sowie die Krankenkassen rechtlich bindend.

Die Richtlinien des G-BA regeln unter anderem die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln, mit Heil- und Hilfsmitteln und die Versorgung mit ärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Methoden. Die Leistungserbringer in der GKV sind die Krankenhäuser und (Zahn-)Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Kassen sind die Leistungsträger oder umgangssprachlich: Kostenträger.

Plenum

Das Plenum ist das oberste Entscheidungsgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses. Es tagt ein- bis zweimal im Monat. Die Sitzungen sind öffentlich. Interessierte Bürgerinnen und Bürger können sich als Gäste anmelden. Sie haben damit die Möglichkeit, Diskussionen, Beratungen und Beschlüsse im G-BA „live“ zu verfolgen.



* Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht

** Die Leistungserbringer sind nur zu den Themen stimmberechtigt, die ihren Versorgungsbereich wesentlich betreffen. Andernfalls erfolgt eine anteilige Stimmübertragung auf die betroffenen Organisationen nach § 14 a Abs. 3 GO.

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), juristische Person des öffentlichen Rechts, Wegelystraße 8, 10623 Berlin

Unterausschüsse

Die fachliche Arbeit erfolgt in Unterausschüssen. Unterausschüsse bestehen zu den Themenkomplexen: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Arzneimittel, Bedarfsplanung, Disease-Management-Programme, Methodenbewertung, Psychotherapie, Qualitätssicherung, Veranlasste Leistungen, Zahnärztliche Behandlung. Alle Unterausschüsse haben für spezifische Aufgaben Arbeitsgruppen eingerichtet.



Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss
§ 140 f SGB V Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten
Absatz 2

Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

Mitberatungs- und Antragsrecht

Die anerkannten maßgeblichen Organisationen haben gemäß § 140 f Abs. 2 SGB V beim G-BA ein Mitberatungsrecht. Neben dem Mitberatungsrecht in allen Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben die anerkannten Organisationen zudem das Recht Anträge zu stellen.

Stabstelle Patientenbeteiligung

Gemäß § 140 f Abs. 6 SGB V unterstützt der G-BA die anerkannten Organisationen und die einzelnen Patientenvertreterinnen und -vertreter durch eine Stabstelle. Die Mitarbeiterinnen der Stabsstelle Patientenbeteiligung unterstützen die Patientenvertreterinnen und -vertreter bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechtes sowie bei ihrem Antragsrecht nach § 140 f Absatz 2 SGB V organisatorisch und inhaltlich.



„Rund 250 sachkundige Personen aus anerkannten, bundesdeutschen Patientenorganisationen nehmen als Patientenvertreterinnen und -vertreter das Mitberatungs- und Antragsrecht der Organisationen in den Beratungen des G-BA wahr. Sie vertreten die Interessen von Patientinnen und Patienten sowie von chronisch kranken und behinderten Menschen auf Bundesebene.“

Zitat aus der Broschüre „Wir geben den Patientinnen und Patienten eine Stimme“, S. 4, Berlin 2014

Koordinierungsausschuss

Vertreterinnen und Vertreter der anerkannten Organisationen treffen sich einmal im Monat vor einer Sitzung des Plenums im Koordinierungsausschuss, um über Benennungen, Themen und Anträge zu beraten und abzustimmen. Kernaufgaben sind insbesondere die Benennung von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern auf Bundesebene inklusive der Genehmigung der Benennungslisten der Patientenvertretung auf Landesebene, grundsätzliche Positionierungen der Patientenvertretung zu Fragen von wesentlicher Bedeutung für die Arbeit in den Gremien des G-BA sowie Einreichung schriftlicher Anträge.

Mitglieder des Koordinierungsausschusses sind Vertreterinnen und Vertreter der maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen. Die von diesen benannten Sprecherinnen und Sprecher der Patientenvertretung in den Unterausschüssen des G-BA sowie Mitarbeitende der Stabsstelle Patientenbeteiligung des G-BA nehmen ebenfalls an den Sitzungen teil.

”

„So ziemlich jedes Krankheitsbild und viele Therapieformen sind den Patientenvertreterinnen und -vertretern bekannt. Asthma, Diabetes, Schuppenflechte, Bluthochdruck, Rheuma, onkologische Erkrankungen, Schmerz, Epilepsie, Schilddrüsenerkrankungen, Magen-Darm-Erkrankung, Makuladegeneration, Mukoviszidose, Thrombose, Schlaganfall, Osteoporose, Hepatitis C, HIV, Depression, Alzheimer, Parkinson, Tuberkulose und Multiple Sklerose sind nur einige der Themen, mit denen wir uns regelmäßig auseinandersetzen.“

Die verschiedenen Unterausschüsse beschäftigen sich mit den unterschiedlichsten Anliegen von Betroffenen und deren Angehörigen. Angefangen bei der Bewertung von Arzneimitteln und den so genannten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, befasst sich der G-BA auch mit Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege oder der Soziotherapie. Zudem stehen die ärztliche Bedarfsplanung, die Ausgestaltung der ‚Chronikerprogramme‘, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, der Bereich der Qualitätssicherung, der Psychotherapie bis hin zur vertragszahnärztlichen Versorgung im Fokus.

Wir setzen uns für die Bedürfnisse und Forderungen von Patientinnen und Patienten in allen Gremien des G-BAs ein.“

Zitat aus der Broschüre „Wir geben den Patientinnen und Patienten eine Stimme“, S. 5, Berlin 2014

§

Beteiligungsrechte auf Landesebene**§ 140 f SGB V Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten****Absatz 3**

Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten in

1. den Landesausschüssen nach § 90,
2. dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90 a,
3. den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a. die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nummer 3,
 - b. die Befristung einer Zulassung nach § 19 Abs. 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte,
 - c. die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
4. den Zulassungsausschüssen nach § 96, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a. die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 3 a,
 - b. die Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4 Satz 9, 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 § 140 g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.

Beteiligung auf der Landesebene

Auf Landesebene können die Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen durch Patientenvertreterinnen und -vertreter direkt in den Gremien vertreten werden, die für die Versorgungsstrukturen vor Ort entscheidungsbefugt sind.

Haus- oder Fachärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die sich mit einer Praxis niederlassen und gesetzlich versicherte Menschen behandeln wollen, müssen bei den Zulassungsausschüssen einen Antrag stellen, der dort beraten und entschieden wird. Einen solchen Antrag müssen auch Krankenhausärztinnen und -ärzte stellen, wenn sie ihre Patientinnen und Patienten ambulant, also ohne stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, behandeln wollen.

Zulassungsausschüsse

Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ebenso wie Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich niederlassen wollen, müssen sich nach den Regeln der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte im Arztregister aufnehmen lassen.

Wenn (Zahn-)Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis behandeln möchten, müssen sie darüber hinaus eine Zulassung bei ihrem örtlichen Zulassungsausschuss beantragen. Dazu benötigen sie einen freien Arztsitz. Ob es einen freien Arztsitz in der gewünschten Region, also eine Niederlassungsmöglichkeit in der gewünschten Stadt oder einem bestimmten Gebiet gibt, können Interessierte aus dem sogenannten Bedarfsplan erfahren.

Bedarfsplan für die Bundesländer

Die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern haben mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Aufgabe, die vertragsärztliche Versorgung in ihrer Region sicher zu stellen. Dazu erstellen sie einen Bedarfsplan. Der Bedarf an Haus-, Fach- und Zahnärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten wird anhand von festgelegten Planzahlen in definierten Versorgungsräumen errechnet und anschließend überprüft, ob in einer Region zum Beispiel eine Über- oder Unterversorgung besteht.

Die Bedarfspläne der Bundesländer müssen als Grundlage die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses berücksichtigen. In dieser Richtlinie werden die Verhältniszahlen, die Planungsregionen für die einzelnen Fachgruppen und weitere Bestimmungen festgelegt, die für eine ausreichende Versorgung wichtig sind.

Aufgabe des Bedarfsplanes in einem Bundesland ist also, eine angemessene Versorgung der Versicherten in der jeweiligen Region zu sichern. Dabei sind besondere Voraussetzungen für Haus- und Fachärztinnen und -ärzte zu berücksichtigen. Der Bedarfsplan weist in diesem Sinne die Zahl der erforderlichen Ärzte / Psychotherapeuten aus, informiert über Unter- oder Überversorgung in bestimmten Regionen oder für bestimmte Fachrichtungen. Mit dem Bedarfsplan wird festgelegt, ob Ärzte / Psychotherapeuten mit welchen Facharzttrichtungen sich in der gewünschten Region niederlassen und als Vertragsarzt für die gesetzlichen Krankenversicherungen tätig, also „zugelassen“ werden dürfen. Freie Arztstellen werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort ausgeschrieben.

Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Planzahlen und die Planungsbereiche sind in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt. Darin sind einheitlich die Anzahl der benötigten Ärztinnen und Ärzte im Verhältnis zur Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner benannt. Auch die Versorgungsräume für die einzelnen Arztgruppen, Planungsbereiche genannt, werden einheitlich in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses definiert.

Planungsbereiche

Die Regionen für die Planungsbereiche werden in der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf der Grundlage von Definitionen des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) festgelegt.

Beispiel Planungsbereich hausärztliche Versorgung

Für die hausärztliche Versorgung ist festgelegt, dass ein Hausarzt oder eine Hausärztin für 1.671 Einwohnerinnen und Einwohner in einem „Mittelbereich“ zur Verfügung stehen soll. Mittelbereiche sind nach dem BBSR besonders wichtig für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung und damit für die Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen.

In der Versorgungsregion eines Mittelbereiches (=Planungsbereich) mit beispielsweise 50.000 Einwohnerinnen und Einwohnern wären bei der Verhältniszahl von 1:1.671 insgesamt 29,92 Hausärztinnen und -ärzte erforderlich (das entspräche einer 100-Prozent-Ausstattung). Die Zahl verdeutlicht, dass die Planzahlen nicht ohne weiteres mit glatt 100 Prozent umsetzbar sind. 30 Hausärztinnen und -ärzte gingen nämlich über eine 100-Prozent-Ausstattung hinaus. Deshalb gibt es für alle Arztgruppen immer eine Spanne zwischen 100 und 110 Prozent.

Über- und Unterversorgung

Ein Planungsbereich gilt als überversorgt und damit gesperrt, wenn die Zahl der Ärztinnen und Ärzte einer Fachgruppe einen Wert über 110 Prozent der festgelegten Planzahlen erreicht. Dann gilt ein Zulassungsstopp. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten können sich dort nur dann neu niederlassen oder anstellen lassen, wenn ein anderer Arzt oder Psychotherapeut seine Zulassung zurückgibt und damit ein Arztsitz in der Fachgruppe frei wird. Eine Überversorgung besteht grundsätzlich eher in Ballungsgebieten.

Manche, vor allem strukturschwache Regionen, leiden inzwischen unter einem Mangel an medizinischer Versorgung (Unterversorgung), weil sich für diese Regionen keine Interessentinnen oder Interessenten finden, die sich dort niederlassen wollen. Im Falle der Feststellung einer Unterversorgung oder einer drohenden Unterversorgung stehen den Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unterschiedliche Möglichkeiten – von der Ausschreibung des freien Arztsitzes bis hin zu einer Förderung der Niederlassung mit finanziellen oder anderen Anreizen – zur Verfügung.

Anpassung der Bedarfspläne

Gemäß der Ärzte-Zulassungsverordnung sind die zuständigen Landesbehörden und die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen über die Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne rechtzeitig zu unterrichten, damit ihre Anregungen in die Beratungen einbezogen werden können. Die auf Landesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen

und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sind die nach § 140 f SGB V anerkannten Organisationen, die aber nicht in allen Bundesländern vertreten sein müssen.

Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen

Über einen Antrag auf Zulassung befinden die Zulassungsausschüsse in dem jeweiligen Bundesland. Gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses kann ein abgelehnter Arzt Widerspruch beim Berufungsausschuss einlegen.

Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen haben in den Zulassungsausschüssen ein Mitberatungsrecht.

Das Mitberatungsrecht besteht allerdings nur bei Entscheidungen

1. über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze (Sonderbedarf),
2. über die Befristung einer Zulassung,
3. über die Ermächtigung von Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen,
4. über die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens,
5. über die Ablehnung einer Nachbesetzung.

Dagegen ist eine mitberatende Einbeziehung von Patientenvertreterinnen und -vertretern im Regelverfahren von Zulassungen nicht vorgesehen.

Bezogen auf die Entscheidungen zu den Punkten 1 bis 3 haben Patientenvertreterinnen und -vertreter zudem ein Mitberatungsrecht in den Berufungsausschüssen.

Aufgaben der Zulassungsausschüsse unter Beteiligung von Patientenvertreterinnen und -vertretern

1. Ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze (Sonderbedarf)

Trotz Überversorgung in einem Planungsbereich kann es erforderlich sein, zusätzliche Ärztinnen und Ärzte zuzulassen, wenn diese zur Gewährleistung der Versorgung in einer Region unerlässlich sind. Dabei kann es sich um einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf (zum Beispiel in einem bestimmten Ortsteil) oder um einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf (zum Beispiel ein Rheumatologe innerhalb der Arztgruppe der Internisten) handeln. In diesen Fällen darf der Zulassungsausschuss einem Antrag einer Ärztin oder eines Arztes auf Zulassung aufgrund bestehenden Sonderbedarfs entsprechen. Eine Zulassung aufgrund eines lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs ist an den Ort der Niederlassung gebunden, die Zulassung wegen qualifikationsbezogenem Sonderbedarf hat zudem mit der Maßgabe zu erfolgen, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nur die Leistungen erbringen darf, welche im Zusammenhang mit dem festgestellten Versorgungsbedarf abrechnungsfähig sind.

2. Befristung einer Zulassung

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2011 hat für Regionen, in denen noch keine Überversorgung herrscht, in denen aber beinahe eine Überversorgung erreicht ist (Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent) das Instrument der befristeten Zulassung eröffnet. Damit darf der Zulassungsausschuss eine Zulassung von Ärztinnen und Ärzten befristen. Beispiele oder Erfahrungen dazu liegen uns bisher nicht vor.

3. Ermächtigungen

Mit diesem Instrument können Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder in besonderen Fällen Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auch für die ambulante Versorgung zugelassen (ermächtigt) werden.

Eine Ermächtigung ist notwendig, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen festgestellten zusätzlichen

lokalen Versorgungsbedarf zu decken oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen.

Ermächtigungen werden insbesondere auf der Grundlage folgender Paragraphen des SGB V erteilt:

- § 116 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte
- § 116 a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung
- § 117 Hochschulambulanzen
- § 118 Psychiatrische Institutsambulanzen
- § 118 a Geriatrische Institutsambulanzen
- § 119 Sozialpädiatrische Zentren
- § 119 a Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Bei den Ermächtigungen ist zu unterscheiden zwischen der Ermächtigung einzelner Ärztinnen und Ärzte gemäß § 116 SGB V und der Ermächtigung von Einrichtungen, die für die medizinische Versorgung besonderer Personengruppen zur Verfügung stehen wie zum Beispiel die Psychiatrischen Institutsambulanzen.

4. Nachbesetzungsverfahren

Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen bestehen, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einer Nachfolgerin oder einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll.

5. Ablehnung einer Nachbesetzung

Der Zulassungsausschuss kann einen Antrag auf Nachbesetzung ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

Voraussetzung für eine Ablehnung ist allerdings, dass die Praxisnachfolge nicht durch Ehepartner, Lebenspartner, Kind oder durch eine angestellte Ärztin bzw. einen angestellten Arzt des bisherigen Vertragsarztes erfolgen soll oder die Nachfolge durch einen Vertragsarzt angetreten wird, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde.

Landesausschüsse

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und einen Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.

Zu den Aufgaben der Landesausschüsse zählt insbesondere die Beratung und gegebenenfalls Entscheidung über den Bedarfsplan des Landes, den die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufstellen. Allerdings: erst dann, wenn ein Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen über den Bedarfsplan nicht zustande kommt, kann jeder der Beteiligten den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anrufen.

Die anerkannten Patientenvertretungsorganisationen müssen dabei zur Mitberatung hinzugezogen werden.

Erweiterte Landesausschüsse

Im SGB V werden auch besondere Versorgungserfordernisse für besondere Krankheiten oder Verlaufsformen von Krankheiten geregelt und in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses detailliert beschrieben.

Eine solche spezifische Regelung findet sich zum Beispiel in § 116 b SGB V zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Demnach umfasst eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Aufgabe der spezialfachärztlichen Versorgung ist insbesondere die Behandlung schwerer Verlaufsformen von Erkrankungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie das Erfordernis hochspezialisierter medizinischer Leistungen.

In § 116 b SGB V sind auch die umfangreichen Anforderungen an die Erbringung dieser spezialfachärztlichen Versorgung beschrieben. Um hierüber abzustimmen, werden Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser in den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingeladen (erweiterter Landesausschuss).

Eine Beteiligung von Patientenvorstellern und -vertretern in diesem erweiterten Landesausschuss ist nicht gesondert geregelt in § 140 f SGB V.

Gemeinsame Landesgremien

Seit dem Jahr 2012 haben die Bundesländer nach § 90 a SGB V die Möglichkeit erhalten, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen zu bilden.

Medizinische Leistungen können stationär in einem Krankenhaus, teilstationär in einer Tagesklinik oder ambulant durch niedergelassene Ärzte erbracht werden. Das sind die Versorgungssektoren. Der Begriff „sektorenübergreifend“ meint im Feld der gesundheitlichen Versorgung immer die Aufhebung dieser eigentlich klaren Trennung von Krankenhaus und Arztpraxis. Fragen zur „sektorenübergreifenden“ Versorgung entstehen insbesondere im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung, so müssen zum Beispiel bestimmte Operationen, die sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können, gleichen Qualitätsanforderungen genügen. Sektorenübergreifende Versorgung kann aber auch die Möglichkeit der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, die Leistungserbringung in medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Leistungen im Rahmen der so genannten integrierten Versorgung oder die Disease-Management-Programme (DMP) für chronische Krankheiten wie Diabetes beschreiben.

Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen im jeweiligen Bundesland abgeben und damit politisch Einfluss nehmen auf die Versorgungssituation für Patientinnen und Patienten. Das Gremium besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft sowie auch den auch die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.

Mitberatung beim GKV-Spitzenverband

Mit der Einführung der Regelungen zur Beteiligung der Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen in wichtigen Gremien der sozialen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurden weitere Beteiligungsrechte geschaffen. Seither ist eine Mitberatung bei der Erarbeitung oder Überarbeitung der vom GKV-Spitzenverband erlassenen Richtlinien, Empfehlungen und Rahmenempfehlungen und dem Hilfsmittelverzeichnis gesetzlich verankert.

In der Gesetzesbegründung betonte der Gesetzgeber, dass die Beteiligung auch hier dazu diene, die Kompetenzen und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie der sie beratenden Organisationen einzubringen. Mit dem Beteiligungsrecht verbunden ist ein Anspruch auf schriftliche Begründung durch den GKV-Spitzenverband, sofern schriftlich eingereichte Anliegen bei Entscheidungen nicht berücksichtigt werden.

Gemäß § 140 f Absatz 4 SGB V haben die maßgeblichen Organisationen die Möglichkeit zur Mitberatung bei der Er- oder Überarbeitung der in diesem Paragraphen genannten Richtlinien, Empfehlungen und Rahmenempfehlungen und dem Hilfsmittelverzeichnis. Zur Sicherstellung des Rechtes der Anwesenheit bei der Beschlussfassung werden die Organisationen auch zu den Sitzungen des Vorstands des GKV-Spitzenverbandes eingeladen.

Die in § 140 f Abs. 4 SGB V gelisteten Rahmenempfehlungen und Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes betreffen nur in Einzelfällen direkte Leistungen der Krankenversicherung für



§ 140 f SGB V Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten Absatz 4

Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 84 Abs. 7 Satz 6, § 112 Abs. 5, § 115 Abs. 5, § 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1, § 126 Abs. 1 Satz 3, § 127 Abs. 1 a Satz 1 und Abs. 6, §§ 132 a, 132 c Abs. 2, § 132 d Abs. 2, § 133 Absatz 4 und § 217 f Absatz 4 a vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140 g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

Patientinnen und Patienten. Die Leistungen der Krankenversicherung sind im 3. Kapitel des SGB V beschrieben. Dazu gehört zum Beispiel § 21 (Gruppenprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kindern).

Die überwiegende Zahl der Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, bei denen ein Mitberatungsrecht der Patientenvertretung besteht, regeln die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern (4. Kapitel des SGB V). Die Leistungserbringer sind zum einen Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Zahnärztinnen und -ärzte. Zum anderen zählen dazu auch Leistungserbringer für Hilfsmittel und Heilmittel sowie Zahntechnik, Apotheken und pharmazeutische Unternehmen.

Rahmenempfehlungen zur Mitberatung im Einzelnen

Nachfolgend werden die Inhalte der Rechtsquellen zu den in § 140 f Abs. 4 SGB V benannten Beteiligungsrechten kurz beschrieben. Bei deren Neufassung, Änderung oder Aufhebung sind die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten zu beteiligen.

Bundeseinheitliche Rahmenempfehlung zur Förderung der Gruppenprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen insbesondere in Kindergärten und Schulen (§ 21 Abs. 2 SGB V)

Die Krankenkassen haben Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Einrichtungen für behinderte Menschen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Rahmenempfehlung nach § 21 Abs. 2 SGB V enthält Hinweise zu den Zielen der flächendeckenden Sicherstellung und regelmäßigen Durchführung der Gruppenprophylaxe. Sie beschreibt Inhalt, Umsetzung und Organisation sowie Finanzierungsgrundsätze von Maßnahmen in Kindergärten oder Schulen.

Arznei- und Heilmittelbudget, Richtgrößen (§ 84 Abs. 7 Satz 6 SGB V)

Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene vereinbaren für jedes Jahr Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung. Vereinbart werden unter anderem Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele sowie Maßnahmen zur Einhaltung des festgelegten Ausgabevolumens im betreffenden Kalenderjahr. Es werden sowohl die gesamten Ausgaben im Zuständigkeitsbereich des Landes für das Kalenderjahr als auch das Ausgabevolumen je Ärztin bzw. Arzt festgelegt. Für die Regelungen der je Ärztin bzw. Arzt verordnungsfähigen Arzneimittel können der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Empfehlungen beschließen. Daran sind die Patientenvertretungsorganisationen zu beteiligen.

Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung (§ 112 Abs. 5 SGB V)

Die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaften oder Vereinigungen der Krankenhausträger auf Landesebene haben Verträge über Art und Umfang von Krankenhausbehandlungen zu vereinbaren.

Die Verträge regeln insbesondere die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung von der Aufnahme bis zur Entlassung von Patientinnen und Patienten einschließlich der Regelungen zu Kostenübernahmen bzw. Abrechnungen. Dazu zählen unter anderem auch die Voraussetzungen für eine Überprüfung von Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung sowie Bedingungen für die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus und für einen nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege.

Nach § 112 Abs. 5 SGB V sollen der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Rahmenempfehlungen zum Inhalt der zuvor benannten Verträge abgeben. Bei diesen Rahmenempfehlungen haben die anerkannten Organisationen nach § 140 f SGB V ein Mitberatungsrecht.

Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten (§ 115 Abs. 5 SGB V)

Die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften schließen gemeinsam Verträge mit dem Ziel einer nahtlos funktionierenden ambulanten und stationären Behandlung der Versicherten. Diese Verträge regeln insbesondere die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken), die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patientinnen und Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen, die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes, die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus sowie die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.

Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Landesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen gemäß § 115 Abs. 5 SGB V Rahmenempfehlungen zum Inhalt dieser Verträge abgeben. Daran sind die Patientenvertretungsorganisationen zu beteiligen.

Empfehlungen zur einheitlichen Anwendung von Zulassungsbedingungen für Leistungserbringer von Heilmitteln (§ 124 Abs. 4)

Die Abgabe von Heilmitteln wie physikalische Therapie, Sprachtherapie oder Ergotherapie zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt durch zugelassene Leistungserbringer. Voraussetzung für die Zulassung ist unter anderem eine entsprechende Berufsausbildung, aber auch eine sachgerechte Praxisausstattung.

Der GKV-Spitzenverband gibt Empfehlungen zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen. Daran sind die Patientenvertretungsorganisationen zu beteiligen. Die Zulassung selbst wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erteilt.

Rahmenempfehlungen für eine einheitliche Versorgung mit Heilmitteln (§ 125 Abs. 1 SGB V)

Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen für eine einheitliche Versorgung mit Heilmitteln ab. Diese Empfehlungen bilden die Grundlage für die Verträge über die Preise für die Heilmittel, welche durch die Krankenkassen, ihre Landesverbände und Arbeitsgemeinschaften geschlossen werden. Daran sind die Patientenvertretungsorganisationen zu beteiligen.

Rahmenempfehlungen für eine einheitliche Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V)

Diese Empfehlungen dienen dem Zweck einer einheitlichen Anwendung der Anforderungen an Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln. Die Leistungserbringer von Hilfsmitteln müssen unter anderem zur fachgerechten Ausübung ihres Berufes befähigt und räumlich sowie sachlich angemessen ausgestattet sein. In den Empfehlungen werden die persönlichen Voraussetzungen an die fachliche Leitung sowie die organisatorischen und sachlichen Voraussetzungen an die Leistungserbringer von Hilfsmitteln festgelegt (Kriterienkatalog). Daran sind die Patientenvertretungsorganisationen zu beteiligen.

Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 127 Abs. 1a Satz 1 und Abs. 6 SGB V)

Für die Versorgung mit Hilfsmitteln haben Krankenkassen mit Leistungserbringern Verträge abzuschließen. Die Versorgungsverträge sind im Wege einer Ausschreibung unter den Bedingungen des Vergaberechtes zu schließen. Auch für die Umsetzung und die Abrechnung sind Verträge zu schließen. Für beide Bereiche werden Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes erarbeitet, bei denen die anerkannten Organisationen mitberatend beteiligt werden.

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132 a SGB V)

Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben. In den Rahmenempfehlungen sind unter anderem die Inhalte der häuslichen Krankenpflege, die Eignung der Leistungserbringer und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung zu regeln.

Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen (§ 132 c Abs. 2 SGB V)

Für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche kann aus medizinischen Gründen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine stationären Rehabilitation eine sozialmedizinische Nachsorgemaßnahme notwendig werden, um zum Beispiel die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu Voraussetzungen für die Bewilligung sowie Anforderungen an die Leistungserbringer vereinbart. Bei den Empfehlungen über die Anforderungen an die Leistungserbringer haben die anerkannten Organisationen ein Beteiligungsrecht.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) (§ 132 d Abs. 2 SGB V)

Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben die Möglichkeit einer Palliativversorgung.

Nachdem die Krankenkassen bereits seit längerem Zuschüsse zur stationären Hospizversorgung leisten, wurde mit der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) auch die Finanzierung einer Versorgung schwerstkranker Menschen Zuhause möglich. Bei den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben die anerkannten Organisationen ein Mitberatungsrecht.

Versorgung mit Krankentransportleistungen (§ 133 SGB V)

Die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte werden in der Regel durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt. Erfolgt dieses als Ausnahme

einmal nicht, schließen die Krankenkassen Verträge über die Vergütung dieser Leistungen mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Krankentransportleistungen ab. Wenn eine solche Empfehlung auf Bundesebene vereinbart würde, wären die maßgeblichen Organisationen zur Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen hinzuzuziehen.

Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes (§ 217 f Abs. 4 a)

Mit dem Patientenrechtegesetz vom 26. Februar 2013 erhielt der GKV-Spitzenverband den Auftrag, in einer Richtlinie allgemeine Vorgaben zur Abgabe der Teilnahmeerklärung in der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b SGB V), in der besonderen ambulanten Versorgung (§ 73 c SGB V) und in der Integrierten Versorgung (§ 140 a SGB V) zu treffen. Bei der Erstellung der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes haben die anerkannten Organisationen ein Mitberatungsrecht. Die Vorgaben sind von den Krankenkassen bei ihren Satzungsregelungen zu beachten. Ziel ist, eine einheitliche Gewährleistung des Verbraucherschutzes bei der Einschreibung in solche Versorgungsprogramme zu ermöglichen. Mit dem Patientenrechtegesetz wurde den Versicherten insbesondere das Recht eingeräumt, ihre Erklärung zur Teilnahme an diesen besonderen Versorgungsformen innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Die Richtlinie gemäß § 217 f Abs. 4 a SGB V wurde am 25. November 2013 vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes beschlossen und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt.

Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V)

Für die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Kostenübernahme für Hilfsmittel nur möglich, wenn die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. In dem Hilfsmittelverzeichnis finden sich umfassende Informationen zur Leistungspflicht der Krankenkassen sowie über Art und Qualität der am Markt erhältlichen Produkte. Das Hilfsmittelverzeichnis wird vom GKV-Spitzenverband erstellt und fortlaufend aktualisiert. Die am Markt erhältlichen Produkte werden entsprechend ihrer Einsatzgebiete verschiedenen Produktgruppen zugeordnet. Produkte werden auf Antrag der Hersteller in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen, wenn sie bestimmte Eigenschaften und Qualitätsmerkmale aufweisen. Daran sind die Patientenvertretungsorganisationen zu beteiligen.

Festbeträge für Hilfsmittel (§ 36 SGB V)

Für eine Reihe von Hilfsmitteln hat der GKV-Spitzenverband Festbeträge festzusetzen. Nach § 36 Abs. 1 sind die Hilfsmittel zu bestimmen, für die ein Festbetrag gebildet werden soll. Nach § 36 Abs. 2 werden danach die einheitlichen Beträge festgesetzt. Daran sind die Patientenvertretungsorganisationen zu beteiligen.

Wenn Versicherte Hilfsmittel wünschen, die den Festbetrag überschreiten, müssen sie den Mehrbetrag selbst tragen. Derzeit sind Festbeträge festgesetzt für Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Sehhilfen und Stomaartikel.

Wer wird beteiligt?

In § 140 f SGB V sind Art und Umfang der Patientenbeteiligung geregelt. Der vorliegende Band 1 der NAKOS-Publikationsreihe „Patient und Selbsthilfe“ beschreibt die Gremien, bei denen eine Patientenbeteiligung durch den Gesetzgeber festgelegt wurde.

Die Organisationen, die Patientenvertreter/innen in Gremien nach § 140 f SGB V entsenden dürfen, sind auf Grund des § 140 g SGB V in Verbindung mit § 140 f Abs. 2 Satz 3 SGB V in der Patientenbeteiligungsverordnung (PatBeteiligungsverordnung) beschrieben.

Danach sind als „maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen gemäß § 140 g SGB V“ anerkannt:

- der Deutsche Behindertenrat (DBR),
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP),
- der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) und
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)

Diese Organisationen benennen die sachkundigen Personen (Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter).

Die Rahmenbedingungen für die Wahrnehmung der Aufgabe der Patientenvertretung werden in Band 2 der NAKOS-Publikationsreihe „Patient und Selbsthilfe“ beschrieben.

Gesetzestext § 140 f SGB V

Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

(1) Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sind in Fragen, die die Versorgung betreffen, nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu beteiligen.

(2) Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene 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 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt. Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4, § 136 Abs. 2 Satz 2, §§ 137, 137a, 137b, 137c und 137f erhalten die Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Organisationen nach Satz 5 in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden.

(3) Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten in

1. den Landesausschüssen nach § 90,
2. dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a,
3. den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a. die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,
 - b. die Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte,
 - c. die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
4. den Zulassungsausschüssen nach § 96, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a. die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,
 - b. die Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 9,

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.

(4) Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 84 Abs. 7 Satz 6, § 112 Absatz 5, § 115 Abs. 5, § 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1, § 126 Abs. 1 Satz 3, § 127 Abs. 1a Satz 1 und Absatz 6, §§ 132a, 132c Absatz 2, § 132d Abs. 2, § 133 Absatz 4 und § 217f Absatz 4a vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(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 Fünfstundestages 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.

(6) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 2 vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Stabstelle Patientenbeteiligung

einrichten. Die Unterstützung erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildung und Schulungen, Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, koordinatorische Leitung des Benennungsverfahrens auf Bundesebene und bei der Ausübung des in Absatz 2 Satz 4 genannten Antragsrechts.

Anmerkung:

In § 140 f SGB V ist nicht aufgeführt, welche Organisationen das Recht zur Mitberatung erhalten. Hierzu hat der Gesetzgeber in § 140 g SGB V festgelegt, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Voraussetzungen für die Anerkennung und die Bestimmung der zu beteiligenden Organisationen in einer Rechtsverordnung regeln soll. Der Rechtsverordnung musste der Bundesrat zustimmen.

Zum Weiterlesen

Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Der Verbraucherzentrale Bundesverband (Hrsg.): Wir geben den Patientinnen und Patienten eine Stimme. 10 Jahre Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Berlin, 2014

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.: Patienteninteressen vertreten. Mitberaten. Patientenbeteiligung. Faltblatt. Berlin, 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss: Entscheidungen zum Nutzen von Patienten und Versicherten. Berlin, 2013

Robert Koch Institut (Hrsg.): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 32. Berlin, 2006.

Linktipps

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind auf dessen Internetseite veröffentlicht:
<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/>

Die Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind auf dessen Internetseite veröffentlicht:
https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2436/AufbauVorsitz_20-03-2014_deutsch.pdf

Die Mitglieder des Koordinierungsausschusses der Patientenvertretung des G-BA sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses veröffentlicht:
<http://www.g-ba.de/institution/sys/faq/56/>

Das Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) stellt die Festlegungen für Raumabgrenzungen auf seiner Internetseite bereit:
http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/raumabgrenzungen_node.html

Internetseite der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. mit ausführlichen Informationen zum Thema:
<http://www.patient-und-selbsthilfe.de>

Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Informationsarchiv zu den aktuellen Beschlüssen und Richtlinien:
<http://www.g-ba.de>

Stand der Links: Juni 2014

Informationen zur Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen

Örtliche Selbsthilfegruppen können bei einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, zum Beispiel bei einer Krebserkrankung oder Multiple Sklerose, bei AIDS oder Suchtproblemen, auf Dauer oder in einer bestimmten Lebenssituation, zum Beispiel bei Trennung / Scheidung oder einem Trauerfall, auf einen begrenzten Zeitraum angelegt sein. Durchgeführt werden regelmäßige Gruppentreffen, die dem Austausch, der Information, der gegenseitigen Hilfe und gemeinsamen Aktivitäten dienen. Im Zentrum steht das vertrauensvolle offene Gespräch.

In Deutschland arbeiten schätzungsweise 70 bis 100.000 Gruppen. Rund zwei Drittel bis drei Viertel der Selbsthilfegruppen haben ihren Themenschwerpunkt in den Bereichen Erkrankung und Behinderung. Dieses Themengebiet umfasst nahezu das gesamte Spektrum körperlicher Erkrankungen und Behinderungen von allergischen, asthmatischen und anderen Atemwegserkrankungen über Herz-Kreislauf- bis hin zu Tumorerkrankungen sowie Sucht und Abhängigkeit, psychischen Erkrankungen und Problemen. Andere Selbsthilfegruppen engagieren sich in der sozialen Selbsthilfe zum Beispiel in den Bereichen Familie, Partnerschaft, Angehörige, Erziehung, Frauenselbsthilfe, Alter, Nachbarschaft, Kultur, Migration sowie im Kontext von Lebensproblemen und -krisen.

Selbsthilfeorganisationen

Selbsthilfeorganisationen sind in der Regel verbandlich verfasste Organisationen von überwiegend oder ausschließlich natürlichen Personen auf Bundesebene, gegebenenfalls mit Untergliederungen oder stellvertretenden Einzelpersonen auf Landes-, Regional- oder Ortsebene. Selbsthilfeorganisationen

arbeiten in der Regel zu einem spezifischen Thema oder Anliegen. Selbsthilfeorganisationen arbeiten themenspezifisch zu einem medizinischen oder (psycho)sozialen Indikationsgebiet (zum Beispiel Krebs, Rheuma, Alleinerziehende).

Sie sind häufig außenorientiert und bieten gewöhnlich fachliche Beratungen, Seminare und Fortbildungsveranstaltungen über diagnostische, therapeutische und rehabilitative Möglichkeiten auch für Nicht-Mitglieder. Häufig haben Selbsthilfeorganisationen auch spezielle Angebote für Angehörige. Sie zielen auf „Selbsthilfe nach außen“, das heißt eine Einflussnahme auf Politik und Verwaltungen zur Verbesserung von Versorgungsangeboten, der Qualifikationen von Fachpersonal und Intensivierung von Forschung. Die NAKOS führt aktuell rund 300 bundesweit arbeitende Selbsthilfeorganisationen. Zu den großen Organisationen in Deutschland zählen zum Beispiel die Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., die Deutsche ILCO e.V., die Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V., die Rheuma Liga e.V. und viele andere.

Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen sind eigenständige professionelle Beratungseinrichtungen auf örtlicher und regionaler Ebene. Sie arbeiten fach-, themen- und trägerübergreifend, sind also nicht auf eine bestimmte Problemstellung / Erkrankung bezogen oder begrenzt (etwa Trennung / Scheidung; Allergie / Asthma; Alkoholabhängigkeit). Sie verfügen über hauptamtliches Personal, Räume und Ressourcen. Selbsthilfekontaktstellen erbringen in aller Regel umfassende Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote für Interessierte und Selbsthilfegruppen. Bundesweit existieren derzeit rund 240 Selbsthilfekontaktstellen, die insgesamt nahezu 40.000 Selbsthilfegruppen in ihren Verzeichnissen führen und unterstützen.

Quelle: NAKOS, 2014

Impressum



Herausgeber:

NAKOS

Nationale Kontakt- und Informationsstelle
zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Otto Suhr-Allee 115

10585 Berlin-Charlottenburg

Telefon: +49 (0)30 | 31 01 89 60

Fax: +49 (0)30 | 31 01 89 70

E-Mail: selbsthilfe@nakos.de

Internet: www.nakos.de

www.selbsthilfe-interaktiv.de

www.schon-mal-an-selbsthilfegruppen-gedacht.de

www.patient-und-selbsthilfe.de

ISSN 2199-7721

Reihe: Patient und Selbsthilfe

Bd.1: Grundlagen der Patientenbeteiligung nach § 140 f SGB V
Erfahrungen einbringen, Interessen vertreten

Text und Redaktion: Ursula Helms, Dr. Jutta Hundertmark-Mayser

Layout: Diego Vásquez, Berlin

Druck: Pinguin Druck

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

1. Auflage: 1.500

Nachdruck / Übernahme einzelner Abschnitte nur mit
ausdrücklicher Genehmigung.

© NAKOS, Berlin 2014

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Die NAKOS ist eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) und organisiert die Mitwirkung von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern in den Gremien mit Patientenbeteiligung auf Bundes- und Landesebene.

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)

Der gemeinnützige Verein besteht seit 1982 und ist seit 2004 für die Belange von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen tätig.

Die DAG SHG ist als maßgeblicher Vertreter der Selbsthilfe und von Patienteninteressen berechtigt, Patientenvertreter/-innen zur Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss zu benennen. Sie ist ebenso berechtigt, Vertreter/innen für die Zulassungs-, Berufungs- und Landesausschüsse in den Bundesländern sowie das Gemeinsame Landesgremium zu entsenden.

Diese Broschüre wurde in dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Von Betroffenen zu Beteiligten – Selbsthilfegruppen als Akteure für mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen stärken“ erstellt.

Wussten Sie schon,

...dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Behandlungsmethoden prüft und festlegt, die von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden?

...dass neue Ärztinnen und Ärzte für einen bestimmten Ort sich bei den Zulassungsausschüssen bewerben müssen?

...dass der Gesetzgeber den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe das Recht zur Mitsprache bei zentralen Fragen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland einräumt?

Informieren Sie sich in unserer Broschüre über die gesetzliche Grundlage und die Bereiche, in denen eine Beteiligung möglich ist. Wir haben für Sie die wesentlichen Gremien auf Bundesebene und in den Bundesländern zusammengestellt.

ISSN 2199-7721

NAKOS

Nationale Kontakt- und Informationsstelle
zur Anregung und Unterstützung
von Selbsthilfegruppen

Eine Einrichtung der



Deutschen
Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e.V.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages