

Arbeitsweise und Verfahren der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V

Erfahrungen einbringen,
Interessen vertreten

Vorwort

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V. ist eine der vier maßgeblichen Organisationen zur Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen. Sie hat die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) beauftragt, die Umsetzung der Patientenbeteiligung nach § 140f Fünftes Buch für die DAG SHG zu koordinieren. Mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit konnte die NAKOS in dem Projekt „Von Betroffenen zu Beteiligten“ wichtige Grundlagen für eine Beteiligung der Patientenvertretung an den in § 140f SGB V Sozialgesetzbuch (SGB V) benannten Gremien erarbeiten und veröffentlichen. In einem ersten Band der Publikationsreihe „Patient und Selbsthilfe“ wurden Informationen zu Grundlagen der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V zur Verfügung gestellt. Vertiefende Informationen lassen sich auf der Internetseite www.patient-und-selbsthilfe.de abrufen.

Der vorliegende Band 2 der Publikationsreihe „Patient und Selbsthilfe“ beschreibt das Verfahren zur Umsetzung der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V. Hier können sich Patientenvertreter/innen sowie Interessierte über Anforderungen, Rahmenbedingungen und Ansprechpartner/innen in diesem Aufgabenfeld informieren. Ergänzend werden in einem Glossar einige der Begriffe erläutert, die bei der Wahrnehmung der Aufgabe der Patientenvertretung geläufig sein sollten.

Wir bedanken uns herzlich beim Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung.

*Ursula Helms
Berlin, Dezember 2014*

Inhalt

Einführung	6
1. WAS MEINT PATIENTENBETEILIGUNG NACH § 140F SGB V?	9
2. WER KANN DIE INTERESSEN VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN VERTRETEN?	11
3. WAS KANN DIE PATIENTENVERTRETUNG IN DIE GREMIEN EINBRINGEN?	13
4. WENN ICH INTERESSE HABE MITZUMACHEN, AN WEN KANN ICH MICH WENDEN?	19
5. WER ÜBERNIMMT MEINE BENENNUNG?	23
6. WIE VIELE PATIENTENVERTRETUNGEN NEHMEN TEIL AN DEN SITZUNGEN?	25
7. KANN ICH MICH EINBRINGEN UND WELCHE ANFORDERUNGEN GIBT ES?	26
8. BEKOMME ICH MEINEN AUFWAND ERSTATTET?	34
Patientenbeteiligungsverordnung	37
Leitbild der Patientenvertretung	41
Glossar	43
Zum Weiterlesen	57
Kontaktadressen	58
Impressum	66

Einführung

Die Patientenbeteiligung wurde 2004 mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens eingeführt. Ziel dieser Gesetzesänderung war gemäß der damaligen Gesetzesbegründung eine Stärkung der Patientensouveränität und der Patientenrechte: „Betroffene sollen zu Beteiligten werden“. Damit verbunden war auch das Ziel einer Verbesserung der Transparenz der Leistungserbringung für Patientinnen und Patienten, „da gut informierte Patienten zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen können.“ Aus diesem Grund erhielten Patientenvertretungen Informations-, Anhörungs- und Mitberatungsrechte in wichtigen Gremien, die sich mit Fragen der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung befassen.

Eines dieser Gremien ist der **Gemeinsame Bundesausschuss¹** (G-BA). Er entscheidet, welche Leistungen von gesetzlichen Krankenkassen bewilligt werden dürfen. Mitberatungsrechte bestehen seither auch auf Landesebene in den Gremien, die über Anzahl und Fachrichtung der Ärztinnen und Ärzte entscheiden, die in einer Region für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Beratungen und Beschlüsse in all diesen Gremien erfolgen gleichberechtigt durch die Kostenträger einerseits (Krankenkassen) und die (Zahn-)Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen sowie Krankenhäuser (nachfolgend „Leistungserbringer“ genannt) andererseits im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

¹ Farbig hinterlegte Begriffe sind im Glossar am Ende dieser Broschüre erläutert.

Das Prinzip der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung bedeutet, dass die Verantwortung für die Körperschaft (also die einzelne Krankenkasse) bei Versicherten- und Arbeitgebervertretungen liegt, nicht bei der öffentlichen Verwaltung. Von gemeinsamer Selbstverwaltung spricht man bei diesen Gremien, weil die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam mit denen der Leistungserbringer über die Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten beraten und entscheiden.

Die Mittel der Krankenversicherung werden vor allem durch Beiträge der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer/innen und sonstigen Personengruppen aufgebracht. Versichert sind die Beitragszahlenden selbst und ihre Familienangehörigen, soweit diese nicht selbst sozialversicherungspflichtig sind. In Deutschland sind 70 Millionen Menschen Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.

Die von den gesetzlichen Krankenkassen bewilligten/gezahlten Leistungen haben notwendig, ausreichend und wirtschaftlich zu sein, denn die den Kassen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel müssen von den beitragszahlenden Versicherten und ihren Arbeitgebern aufgebracht werden. Alle gesetzlich Versicherten haben die gleichen Rechte auf Leistungen ihrer Krankenkasse, egal, wie hoch ihr Beitragssatz ist.

Die Leistungen selbst sollen dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und zweckmäßig sein, also nutzen und nicht schaden. Die Entscheidung darüber, welche Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen, oblag bis 2003 unterschiedlichen Bundesausschüssen. Seit 2004 beschließt darüber der G-BA in Berlin.

Seit 2004 sind die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen beratend an diesen Entscheidungsfindungsprozessen der gemeinsamen Selbstverwaltung zu beteiligen. Eine Patientenbeteiligung wurde auch für andere Gremien geschaffen, die über wichtige Versorgungsfragen entscheiden.

Diese Broschüre beschreibt die Rahmenbedingungen und die Voraussetzungen für die Patientenbeteiligung nach § 140f Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Diejenigen, die sich für ein Engagement in diesem Aufgabenfeld interessieren, können sich über Arbeitsweise und Verfahren der Patientenbeteiligung informieren.

1. Was meint Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V?

Seit Einführung der Patientenbeteiligung ist gesetzlich vorgeschrieben, dass die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen ein **Mitberatungsrecht** in solchen Gremien erhalten, die sich mit der medizinischen Versorgung für gesetzlich versicherte Menschen in Deutschland befassen.

Mit dem Begriff Patientenbeteiligung sind alle Beteiligungsmöglichkeiten gemeint, die im Zusammenhang mit § 140f SGB V stehen. Die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen wird kurz **Patientenvertretung** genannt. Mit dem Begriff Mitberatungsrecht wurde gesetzlich festgelegt, dass die Patientenvertretung an den Beratungen teilnimmt, bei den Beschlüssen jedoch nicht stimmberechtigt ist.

Eine Mitberatung der Patientenvertretung erfolgt auf Bundesebene insbesondere beim G-BA. Er beschließt in Form von Richtlinien, welche Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) im Einzelnen erbracht werden dürfen. Dazu zählen unter anderem Maßnahmen der ärztlichen und zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung. Dabei geht es zum Beispiel um neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, darum, welche Arzneimittel oder Hilfsmittel verschrieben werden dürfen oder um den Anspruch von Versicherten auf Übernahme der Kosten für einen Krankentransport.

Auf Landesebene erfolgt eine Patientenbeteiligung unter anderem in den Zulassungs- und Landesausschüssen, die über die jeweiligen Arztsitze in einer Region befinden. Die Anzahl der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte

pro Einwohner/in wird von der **Bedarfsplanungsrichtlinie** des G-BA vorgegeben. Die **Kassenärztlichen Vereinigungen** auf Landesebene haben sicherzustellen, dass ausreichend Ärztinnen und Ärzte für alle gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen. Deshalb müssen sie, auch wenn die vorgegebene Anzahl an Ärztinnen und Ärzten bereits vorhanden ist, manchmal zusätzliche Versorgungsangebote zulassen (**Sonderbedarf**). Darüber entschieden wird in den dafür zuständigen **Zulassungsausschüssen**.

Gemeinsamer Bundes- **ausschuss (G-BA)**

Geschäftsstelle
Wegelystraße 8
10623 Berlin
Tel.: 030 | 27 58 38-0
Fax: 030 | 27 58 38-999
E-Mail: info@g-ba.de
Internet: www.g-ba.de

Kassenärztliche Bundes- **vereinigung (KBV)**

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel: 030 | 4005-0
Fax: 030 | 4005-1590
E-Mail: info@kbv.de
Internet: www.kbv.de
Dort erfahren Sie die Adressen der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern.

Hinweis

Welche weiteren Gremien es gibt und was dort beraten wird können Sie in der Broschüre „Grundlagen der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V“ nachlesen, die in der Reihe Patient und Selbsthilfe (Band 1) der NAKOS erschienen ist. Die Broschüre kann unentgeltlich bei der NAKOS angefordert werden.

2. Wer kann die Interessen von Patientinnen und Patienten vertreten?

Mit der Patientenbeteiligung hat der Gesetzgeber in § 140g SGB V zugleich auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt eine **Rechtsverordnung** zu erlassen. In dieser ist geregelt, wer die Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vertreten darf. Das BMG hat mit Zustimmung des Bundesrates eine Patientenbeteiligungsverordnung erlassen.

Vier Organisationen sind anerkannt

Mit der Patientenbeteiligungsverordnung wurden folgende vier Organisationen als maßgebliche Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen anerkannt:

1. der Deutsche Behindertenrat (DBR),
2. die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP),
3. die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V.
4. der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Der Deutsche Behindertenrat (DBR) ist ein Aktionsbündnis aller wichtigen Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen in Deutschland. Im Rahmen der Patientenbeteiligung wird der DBR auf Bundesebene vertreten durch

1. den Sozialverband VdK Deutschland e.V.,
2. den Sozialverband Deutschland (SoVD) e.V.,
3. die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE),
4. das FORUM chronisch kranker und behinderter Menschen im PARITÄTISCHEN Gesamtverband e.V. und
5. die Dritte Säule des DBR (Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL, Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e.V. – ABId, Weibernetz e.V.)

Diese anerkannten Organisationen werden auch maßgebliche Organisationen genannt. Diese können Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter benennen. In der Patientenbeteiligungsverordnung werden Patientenvertreter und -vertreterinnen sachkundige Personen genannt, ein Begriff, der in der Praxis eher selten genutzt wird.

Hinweis

Die Patientenbeteiligungsverordnung ist am Ende dieser Broschüre abgedruckt.

3. Was kann die Patientenvertretung in die Gremien einbringen?

Die Auswahl der anerkannten Organisationen nach der Patientenbeteiligungsverordnung erfolgte mit dem Ziel, die Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen aus unterschiedlichen Perspektiven einzubringen. Dabei zielt die durch den Gesetzgeber ermöglichte Beratungsbeteiligung darauf, dass Erfahrungen aus eigenem Erleben durch Betroffene aus Selbsthilfegruppen oder durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen, die Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Anliegen beraten und unterstützen, in den Gremien eingebracht werden.

Erfahrungswissen aus eigener Betroffenheit

In der Arbeit von Selbsthilfegruppen geht es um Information und Erfahrungsaustausch, um gegenseitige Hilfe und um Hilfe für außenstehende Gleichbetroffene, um Wissenserwerb und um gemeinsames Lernen. Gemeinschaftliche Selbsthilfe ist grundsätzlich lebens- und alltagsnah, sie ist ganzheitlich ausgerichtet. Die Aktivitäten in einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe beziehen sich auf die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, die den Umgang mit einer Erkrankung und ihren Folgen für den Lebensalltag ermöglichen oder erleichtern können. 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.

Über die anerkannten Selbsthilfe-, Behinderten- und Sozialverbände können die Mitglieder von Selbsthilfegruppen und ihre Interessenvertretung diese Kompetenz selbst in die Gremien zur Mitberatung von Fragen der medizinischen Versorgung einbringen.

Wissen aus der Beratung und der Selbsthilfeunterstützung

Zudem sind die Organisationen aus den Bereichen der Patientenberatung (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen – BAGP), des Verbraucherschutzes (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv) und der Selbsthilfeunterstützung (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. – DAG SHG) als maßgebliche Organisationen anerkannt. Diese können ihre Erfahrungen aus der Beratung von Patientinnen und Patienten und aus der Unterstützung von Selbsthilfegruppen einbringen.

Wer oder was ist die DAG SHG?

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V. ist der Fachverband zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen und von Menschen, die sich für Selbsthilfegruppen interessieren. Als Arbeitsgemeinschaft besteht die DAG SHG seit 1975. Seit 1982 ist sie als gemeinnütziger Verein anerkannt und eingetragen.

- Die DAG SHG nimmt Stellung in Gesetzgebungsverfahren.
- Die DAG SHG ist gemäß § 20c SGB V eine der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen.
- Die DAG SHG ist gemäß § 140f SGB V eine der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen.

Internet: www.dag-shg.de

Leitbild der Patientenvertretung

Die Patientenvertretung, die auf Bundesebene im Gemeinsamen Bundesausschuss aktiv ist, hat im Jahr 2013 ein Leitbild verabschiedet, in dem das Selbstverständnis für die Interessenvertretung, ihre Prinzipien, die Formen des Miteinanders ebenso wie die Ziele der Patientenvertretung formuliert sind. So wurde vereinbart, dass sich die Patientenvertretung für eine sichere, bestmögliche und patientenorientierte Versorgung einsetzt. Hieran ist zum Beispiel geknüpft, dass jede und jeder, unabhängig von Herkunft oder körperlichen Merkmalen gleichberechtigt Zugang zu den Versorgungsangeboten unseres Gesundheitssystems hat. Dazu gehört auch die Stärkung „sprechender Medizin“. Patientinnen und Patienten wollen, dass ihnen Zusammenhänge erklärt werden und zwar in einer Sprache, die sie verstehen können.

Hinweis

Das Leitbild der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss ist in Auszügen am Ende dieser Broschüre nachzulesen.

Das Antragsrecht

Die maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen können ihre Interessen beim G-BA auch durch das Stellen von Anträgen einbringen. Beispielsweise können sie einen Antrag auf Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung stellen. Das gleiche Antragsrecht haben auch die Mitglieder des G-BA, also die Krankenkassen, die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der unparteiische Vorsitzende sowie die anderen unparteiischen Mitglieder des G-BA.

Wie ist das Verfahren bei einer Antragstellung?

Ein Antrag muss schriftlich begründet und mit Unterlagen, die in der Verfahrensordnung des G-BA vorgegeben sind, belegt werden. Dazu gehören insbesondere eine Beschreibung der neuen (vorgeschlagenen) Methode, die Relevanz und Dringlichkeit sowie die entsprechenden Indikationen (Diagnosen), bei der die Methode angewendet werden soll. Auch der Nutzen hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit sind zu beschreiben und die Angaben sind mit wissenschaftlicher Literatur zu begründen. Sind die Voraussetzungen für eine Beratung gegeben, legt der G-BA fest, welche Methoden vorrangig überprüft werden. Dabei orientiert er sich an den Kriterien „medizinische Relevanz der Methode“, „Risiko“ und „Wirtschaftlichkeit“. Das bedeutet, dass ein Antrag, der von den maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen gestellt wird und alle formalen Anforderungen erfüllt, vom G-BA aus den oben genannten Gründen abgelehnt oder zeitlich nach hinten verschoben werden kann, weil gegebenenfalls andere Anträge Vorrang haben.

Wie lange dauert es, bis eine neue Methode oder ein Medikament in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen ist?

Nach Aufnahme einer Beratung können Jahre vergehen, bis ein Beschluss gefasst wird, denn bei seinen Entscheidungen muss der G-BA den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der Standards der evidenzbasierten Medizin berücksichtigen und sorgfältig prüfen, ob eine neue Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die beantragte Beratung einer Methode aber auch ablehnen, wenn offenkundig keine aussagefähigen Beurteilungsunterlagen vorliegen.

Der G-BA hat im Auftrag des Gesetzgebers das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) als unabhängige, wissenschaftliche Institution errichtet. Das IQWiG untersucht diagnostische und therapeutische Verfahren bei ausgewählten Krankheiten sowie den Nutzen von Arzneimitteln. Im Auftrag des G-BA bewertet dieses Institut den medizinischen Nutzen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen in der GKV anhand des aktuellen medizinischen Wissensstandes (Studien). Arbeitsgrundlage für diese so genannten Nutzenbewertungen ist die Evidenzbasierte Medizin. Das heißt, dass medizinische Studien zu einer Therapie – also einer medizinischen Behandlungsmethode oder einem Medikament – nach vorgeschriebenen Verfahrensregeln gesichtet, aufbereitet und auf ihre Aussagekraft hin überprüft werden. Ziel ist, Hinweise auf Wirkung und Nutzen oder Schaden bei der Anwendung der Therapie zu erhalten, die dem G-BA für seine Beratungen zur Verfügung gestellt werden.

4. Wenn ich Interesse habe mitzumachen, an wen kann ich mich wenden?

Als Mitglied der DAG SHG

Interessierte Personen, die sich im Rahmen der Patientenbeteiligung engagieren und über die DAG SHG für Gremien der sozialen Selbstverwaltung benannt werden möchten, können sich mit diesem Anliegen an die NAKOS wenden. Die DAG SHG hat die NAKOS mit der Koordination der Aufgaben der Patientenvertretung im Sinne des § 140f SGB V beauftragt:

Nationale Kontakt- und Informationsstelle
zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
Koordination Patientenbeteiligung
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin-Charlottenburg
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de

Ansprechpartner/innen für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V. sind auch ihre Einrichtungen auf Landesebene, also das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen, die Koordination für Selbsthilfe-Unterstützung KOSKON in Nordrhein-Westfalen und im Bundesland Hessen die Selbsthilfekontaktstelle Gießen. In den übrigen Bundesländern sind die Selbsthilfekordinierungsstellen oder die Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen die Ansprechpartner/innen für die DAG SHG.

Hinweis

Am Ende dieser Broschüre befinden sich Kontaktdaten der Einrichtungen der DAG SHG, der Selbsthilfekordinierungsstellen sowie der Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen.

Als Mitglied einer Selbsthilfegruppe, einer Selbsthilfeorganisation oder einer der anderen anerkannten Organisationen

Sind Sie Mitglied in einer Selbsthilfegruppe und darüber hinaus in Kontakt mit einer Selbsthilfekontaktstelle oder Mitglied einer Selbsthilfeorganisation? Dann wenden Sie sich an die Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter Ihrer Selbsthilfekontaktstelle oder an Ihre Selbsthilfeorganisation. Erkundigen Sie sich dort, ob und wenn ja, in welchem Gremium Ihr Engagement gebraucht wird. Das gleiche gilt, wenn Sie Mitglied bei einer der anderen anerkannten Organisationen sind.

Hinweis

Die Adressen der Selbsthilfekontaktstellen in Ihrer Nähe finden Sie in den ROTEN ADRESSEN der NAKOS. Selbsthilfeorganisationen, die bundesweit zu einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung arbeiten, sind in den GRÜNEN ADRESSEN der NAKOS aufgeführt. Beide Datenbanken können Sie im Internetauftritt der NAKOS auf www.nakos.de durchsuchen.

Adressen der anerkannten Organisationen nach § 140f SGB V

Deutscher Behindertenrat

c/o BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
E-Mail: info@deutscher-behindertenrat.de
Internet: www.deutscher-behindertenrat.de
(Jedes Jahr wechselt turnusmäßig der Vorsitz und das Sekretariat des Sprecherrates des Deutschen Behindertenrates, der aktuelle Vorsitz kann bei der BAG SELBSTHILFE erfragt werden.)

BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)

Geschäftsstelle
Waltherstraße 16a
80337 München
Tel: 089 | 76 75 51 31, Di-Do 13-14 Uhr (Infotelefon)
Fax: 089 | 725 04 74
E-Mail: mail@bagp.de
Internet: www.bagp.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Verwaltung
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin-Charlottenburg
Tel: 030 | 893 40 14
Fax: 030 | 31 01 89 70
E-Mail: verwaltung@dag-shg.de
Internet: www.dag-shg.de
www.patient-und-selbsthilfe.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Markgrafenstraße 66
 10969 Berlin
 Tel.: 030 | 258 00-0
 Fax: 030 | 258 00-518
 E-Mail: gesundheit@vzbv.de
 Internet: www.vzbv.de

Wenn Sie die Ansprechpartner/innen in Ihrem Bundesland nicht kennen oder nicht wissen, an wen Sie sich wenden sollen, können Sie sich auch an die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) wenden. Bei der BAG SELBSTHILFE ist die Koordinierungsstelle für die Patientenbeteiligung beim G-BA angesiedelt, die im Auftrag aller anerkannten Organisationen die Umsetzung des Benennungsverfahrens vornimmt. Dort wird auch die Liste der koordinierenden Organisationen auf Landesebene geführt und regelmäßig aktualisiert:

BAG SELBSTHILFE

Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung
 beim Gemeinsamen Bundesausschuss
 Kirchfeldstr. 149
 40215 Düsseldorf
 E-Mail: Beatrix.Boehm@bag-selbsthilfe.de

5. Wer übernimmt meine Benennung?

Die Benennung von Patientenvertreter/innen für die in § 140f SGB V benannten Gremien kann nur durch die anerkannten maßgeblichen Organisationen erfolgen (siehe Kapitel 2). Das Benennungsrecht dieser vier Organisationen ist aber nach den Regelungen der Patientenbeteiligungsverordnung mit der Auflage verbunden, dass die Benennung einer sachkundigen Person jeweils einvernehmlich vorzunehmen ist.

Eine Benennung erfolgt über den Koordinierungsausschuss der Patientenvertretung

Um ihre gemeinsamen Aufgaben wahrzunehmen, haben die maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene einen Koordinierungsausschuss der Patientenvertretung eingerichtet. Darin treffen die maßgeblichen Organisationen Entscheidungen, die für die Wahrnehmung ihrer gemeinsamen Aufgaben erforderlich sind. Zu den gemeinsamen Aufgaben zählt insbesondere die einvernehmliche Benennung von sachkundigen Personen für die einzelnen Gremien.

Der Koordinierungsausschuss auf Bundesebene tagt ein Mal im Monat in den Räumen des G-BA und stimmt sich zwischen diesen Sitzungen per E-Mail oder Telefonkonferenz ab. Ein solcher Koordinierungsausschuss besteht jeweils auch in den Bundesländern. Zudem gibt es dort Vereinbarungen, welche Organisation die Aufgaben der Koordinierung der Patientenvertretung federführend wahrnimmt. Deshalb finden Sie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Ihre Fragen auch bei den jeweils koordinierenden Organisationen in ihrem Bundesland. Weil die Federführung für die Patientenvertretung in den Bundesländern regelmäßig wechselt, haben wir in dieser Broschüre keine Adressen aufgeführt.

Fragen zu den Koordinierungsausschüssen und den federführenden Organisationen in Ihrem Bundesland können Sie an die NAKOS oder die BAG SELBSTHILFE richten. Die Adressen finden Sie im Abschnitt Adressen am Ende dieser Broschüre.

Benennungen erfolgen durch die Bundesebene

In der Patientenbeteiligungsverordnung ist festgelegt, dass die anerkannten Organisationen auf Bundesebene die Patientenvertreterinnen und -vertreter zur Wahrnehmung der in § 140f Absatz 2 und 3 SGB V benannten Aufgaben benennen. In Absatz 2 ist das Mitberatungsrecht beim G-BA geregelt, in Absatz 3 das Mitberatungsrecht für die Gremien auf Landesebene.

Das heißt, die anerkannten Organisationen auf Bundesebene führen die Benennung sowohl für die Bundesebene als auch für die Landesebene durch. Eine Benennung durch die Bundesebene erfolgt üblicherweise aufgrund einer Vorschlagsliste, die der Koordinierungsausschuss des Bundeslandes vorlegt.

Benennungen erfolgen einvernehmlich durch alle vier maßgeblichen Organisationen

Die Benennung von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern erfolgt einvernehmlich durch die anerkannten Organisationen. Das heißt, dass die anerkannten Organisationen sich über die Personen verständigen müssen, die benannt werden sollen. Die Benennung erfolgt also im Konsens. Legt eine der anerkannten Organisationen Widerspruch ein, kann die vorgeschlagene Person nicht benannt werden.

6. Wie viele Patientenvertretungen nehmen teil an den Sitzungen?

Nach § 140f SGB V soll die Anzahl der sachkundigen Personen höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitgliedern in dem jeweiligen Gremium entsprechen. Das heißt, dass zum Beispiel bei drei benannten Vertretungen der Krankenkassen auch drei Patientenvertretungen benannt werden können, um das Mitberatungsrecht auszuüben. Die benannten Patientenvertretungen werden zu den Gremien eingeladen und erhalten die notwendigen Unterlagen.

Nach § 4 Patientenbeteiligungsverordnung sollen mindestens die Hälfte der benannten Patientenvertretungen selbst Betroffene sein.

Um ihre Mitberatungsrechte wahrnehmen zu können, müssen Patientenvertretungen Gelegenheit haben, sich angemessen auf die Sitzung vorzubereiten. Die Unterlagen müssen also entsprechend frühzeitig zur Verfügung stehen. Eine Mitberatung setzt zudem voraus, dass Termine für Gremiensitzungen rechtzeitig bekannt gegeben werden, so dass der Patientenvertretung eine Teilnahme möglich ist. Gesetzlich geregelt ist, dass das Mitberatungsrecht auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung beinhaltet.

7. Kann ich mich einbringen und welche Anforderungen gibt es?

Muss eine Mitgliedschaft bei der DAG SHG oder einer der anderen anerkannten Organisationen bestehen?

Die Anforderungen an Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter hat der Koordinierungsausschuss auf Bundesebene in seiner Geschäftsordnung beschrieben. Danach vertreten die „sachkundigen Personen aufgrund ihrer Erfahrung die Interessen von Patientinnen und Patienten in den Beratungs- und Entscheidungsprozessen für die Themenfelder, für die sie benannt sind. Sie orientieren sich in ihrem Handeln und ihren Äußerungen an den Zielen der Patientenvertretung. Dabei verfügen sie über die Kompetenz und Bereitschaft, die Aufgaben der Patientenvertretung aktiv und gemeinsam in Abstimmung mit anderen Patientenvertreter/innen wahrzunehmen, um eine möglichst wirkungsvolle Vertretung der Interessen von Patientinnen und Patienten zu erreichen.“

Um dieses Ziel zu erreichen, sollen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter in ihrer Selbsthilfegruppe, ihrer Selbsthilfekontaktstelle, ihrer Selbsthilfeorganisation oder ihrem Verein gut vernetzt sein. Die eigenen Erfahrungen und die Erfahrungen der anderen in der Gruppe oder dem Verein können so eingebracht werden.

Die Mitgliedschaft in einer der anerkannten Organisationen bietet die Möglichkeit einer wirksamen Vernetzung. Um benannt zu werden, ist eine Mitgliedschaft Voraussetzung. Das gilt auch für eine Benennung über die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Um die Aufgaben der Patientenvertretung aktiv und gemeinsam mit den anderen für das jeweilige Gremium benannten Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter wahrnehmen zu können, ist auch hier eine gute Abstimmung und Beratung erforderlich. Dafür ist es notwendig, mit den anderen Benannten persönlich, telefonisch oder per E-Mail Kontakt aufzunehmen.

Bin ich versichert?

Die Patientenvertretung ist ein Ehrenamt. Durch die Mitgliedschaft in der maßgeblichen Organisation, über die Sie benannt werden, sind Sie in ihrer Tätigkeit als Patientenvertreter/in unfallversichert.

Ist es relevant, welchen Beruf ich ausübe?

Nicht der Beruf ist wichtig, gegebenenfalls aber das Unternehmen, bei dem Interessierte beschäftigt sind. Maßgeblich für eine Benennung ist, dass keine Interessenkonflikte von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern aus beruflichen, privaten oder finanziellen Beziehungen bezüglich des jeweils behandelten Beratungsgegenstandes bestehen oder entstehen können. Das heißt, Patientenvertretungen dürfen keine Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen von Leistungserbringern im Gesundheitssystem, also niedergelassenen (Zahn-)Ärzt/innen oder Psychotherapeut/innen sowie Krankenhäusern sein und ebenfalls nicht von Krankenkassen. Sie dürfen auch nicht selbst zu den Leistungserbringern zählen oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von anderen Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen, insbesondere den Herstellern von Arzneimitteln oder Medizinprodukten, sein.

Eine Faustregel ist: es dürfen keine persönlichen, beruflichen oder finanziellen Vorteile aus dem Beratungsgegenstand für die Patientenvertreterin / den Patientenvertreter möglich sein. Für ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von einem Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitsbereich, einer Krankenkasse oder zum Beispiel einem Krankenhaus hat der Koordinierungsausschuss auf Bundesebene in seiner Geschäftsordnung festgeschrieben, dass erst drei Jahre nach Beendigung der Tätigkeit eine Benennung erfolgen kann. Der Koordinierungsausschuss geht davon aus, dass nach dieser Zeit kein Interessenkonflikt mehr besteht.

Sind Interessenkonflikte offenzulegen?

Für die Beratungen in den Gremien beim G-BA werden Erklärungen von den Patientenvertretungen (ebenso wie von allen anderen Beteiligten) zu möglichen Interessenkonflikten verlangt. Immer wenn der Koordinierungsausschuss Patientenbeteiligung auf Bundesebene sachkundige Personen für einen neuen Beratungsgegenstand benennt, erhalten diese Personen von der Geschäftsstelle des G-BA ein Formular zur Offenlegung möglicher Interessenkonflikte. Dieses Formular muss jede sachkundige Person ausfüllen und unterschreiben. Die ausgefüllten Formulare werden beim G-BA verwahrt. Alle Formulare können von allen Beteiligten des betroffenen Gremiums eingesehen werden.

Hier wird unter anderem gefragt, ob ein Anstellungs- oder Beratungsverhältnis besteht oder ob Honorare geflossen sind bzw. fließen, welche zu einem Interessenkonflikt führen können. Weiter wird nach einer finanziellen Unterstützung gefragt, die die Einrichtung oder die Organisation, für die die sachkundige Person tätig / aktiv ist, von einem Unternehmen im Gesundheitswesen, insbesondere einem

pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband erhält oder erhalten hat.

Muss ich bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sein?

Die Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse ist nicht vorgeschrieben. Da in den Gremien mit Patientenbeteiligung allerdings über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beraten wird, sind Erfahrungen und Wissen zur Versorgungssituation von gesetzlich Versicherten wichtig. Dieses Wissen können Personen, die selbst gesetzlich versichert sind, gegebenenfalls besser einbringen als Engagierte, die privat versichert sind.

Muss ich bei jeder Sitzung anwesend sein?

Die Zahl der sachkundigen Personen aus der Patientenvertretung in den gesetzlich beschriebenen Gremien ist begrenzt auf die Zahl der vorgesehenen Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen. Daher beruht auch die Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf einer begrenzten Zahl von Engagierten, die bei einer Sitzung anwesend sein dürfen.

Die Themen vieler Gremien, vor allem beim G-BA, können oftmals nicht in einer Sitzung abgeschlossen werden, so dass die Teilnahme an Folgesitzungen wichtig sein kann. Für eine wirkungsvolle Patientenvertretung ist daher anzustreben, dass alle Benannten bei jeder Sitzung anwesend sind.

Krankheit oder andere wichtige Gründe können aber gleichwohl eine Teilnahme verhindern. Für solche Fälle ist eine gute Zusammenarbeit aller benannten Patientenvertreterinnen und -vertreter in dem Gremium nützlich, wenn diese einher geht mit einer regelmäßigen Abstimmung der Positionen, dem Austausch von Informationen und der gegenseitigen Information im Falle einer Verhinderung.

Wie oft muss ich zu den Sitzungen und welchen Arbeitsaufwand habe ich?

Die Anzahl der Sitzungen eines Gremiums ist abhängig von den Aufgaben des Gremiums. Der Landesausschuss in einem Bundesland kann einmal pro Jahr oder mehrmals im Jahr tagen, einzelne Arbeitsgruppen von Unterausschüssen des G-BA tagen hingegen wöchentlich. Aufgabe, Thema oder Auftrag der Gremien, bei denen eine Patientenbeteiligung gesetzlich vorgesehen ist, sind sehr unterschiedlich und eine generelle Aussage zu ihrer Sitzungsfrequenz ist nicht möglich.

Zur Vorbereitung auf eine Sitzung sind oft große Mengen an Dokumenten zu lesen und zu würdigen. Alle Beratungen und Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung, an denen die Patientenvertretung gemäß § 140f SGB V mitbera- tend beteiligt ist, haben unmittelbare Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten. Die Beratungen müssen deshalb formalen und gesetzlichen Vorgaben entsprechen, sorgfältig geprüft und rechtssicher entschieden werden.

Ein Engagement im Rahmen der Patientenbeteiligung setzt aus diesem Grund voraus, dass eine ausführliche Vorbereitung von Sitzungen, ein Austausch mit den anderen Patientenvertreterinnen und -vertretern und eine Teilnahme an Gremien zeitlich möglich ist. Es setzt auch voraus, dass

der Umgang mit formalen Verfahrensabläufen geläufig ist und komplizierte Vorgänge nicht abschrecken. Bei manchen Gremien des G-BA ist zudem Voraussetzung, dass Studien und andere wissenschaftliche Arbeiten in englischer Sprache gelesen und verstanden werden können.

Vor der Entscheidung für ein Engagement in einem dieser Gremien müssen Interessierte für sich selbst klären, in welchem Umfang sie aktiv werden wollen oder können. Es ist zudem sinnvoll, sich mit den örtlichen Ansprechpartnerinnen und -partnern oder einer der maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene in Verbindung zu setzen, um die Sitzungsfrequenz und die Aufgaben des angestrebten Gremiums zu erfragen.

Ein Engagement ist erst dann sinnvoll, wenn die eigenen Möglichkeiten mit dem zeitlichen und inhaltlichen Aufwand für die Beteiligung übereinstimmen.

Wie lange dauern die Beratungen?

Dauer und Umfang der Beratungen sind abhängig von Auftrag und Ziel der einzelnen Gremien, bei denen eine Patientenbeteiligung vorgesehen ist. Entscheidungen der Zulassungsausschüsse auf Landesebene können möglicherweise im Verlauf einer Sitzung fallen. Entscheidungen beim G-BA über die Aufnahme einer neuen Behandlungsmethode oder eines Medikaments in den Leistungskatalog der GKV brauchen sehr viel länger. Die Gründe dafür sind kurz dargestellt in Kapitel 3 zum Antragsrecht der maßgeblichen Organisationen zur Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen. Auch die Beratungen zu den Richtlinien des G-BA wie zum Beispiel zu Maßnahmen der Qualitätssicherung oder zu der Bedarfsplanungsrichtlinie für Vertragsärzte sind langwierig und je nach Themenfeld unterschiedlich.

Die Entscheidung für ein Engagement im Aufgabenfeld der Patientenbeteiligung ist eine Entscheidung für ein langfristiges Engagement.

Was können Einzelne real bewirken?

In dem Leitbild der Patientenvertretung beim G-BA (ein Auszug aus dem Leitbild ist am Ende dieser Broschüre abgedruckt) wird beschrieben, dass die Patientenvertretung beharrlich Schwachstellen der Versorgung offenlegt und Defizite benennt. Ziel ist, „die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und Transparenz zu erreichen.“ Es geht also nicht nur um einzelne Entscheidungen der Selbstverwaltungsorgane, sondern auch um langfristige Ziele. Die sind unter anderem in diesem Leitbild beschrieben: „Wir arbeiten auf ein Gesundheitswesen hin, das allen einen gleichberechtigten Zugang bietet. Wir kämpfen für Inklusion und Barrierefreiheit in allen Bereichen.“

Gleichwohl gibt es immer wieder Situationen in allen Gremien, in denen aufgrund der Mitberatung der Patientenvertretung auch kurzfristig Entscheidungen zugunsten Betroffener herbeigeführt werden konnten, die ohne die Mitberatung anders ausgefallen wären. Weil Erfahrungen aus der Versorgungsrealität überzeugend eingebracht werden konnten, weil Perspektiven berücksichtigt wurden, die aus Betroffenenicht wichtig waren.

Sind die Beratungen vertraulich?

Die Beratungen in den Gremien mit Patientenbeteiligung sind grundsätzlich vertraulich. Ein Grund sind zum Beispiel die dem Zulassungsausschuss vorliegenden persönlichen Daten (wie Name und Anschrift) der Ärztinnen und Ärzte, die

sich niederlassen und Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen behandeln wollen.

Das **Vertraulichkeitsgebot** gilt auch für Beratungen in den anderen Gremien und insbesondere beim G-BA. Hier können bei den Beratungen zur Aufnahme von neuen Behandlungsmethoden oder Arzneimitteln auch wirtschaftliche Schäden bei Unternehmen entstehen, wenn Informationen über Produkte oder andere Geschäftsgeheimnisse nach außen dringen würden. Für den Umgang mit vertraulichen Unterlagen gibt es beim G-BA daher ein eigenes Verfahren zur Sicherung der Geheimhaltung, die so genannte Vertraulichkeitsschutzordnung (zu finden auf www.g-ba.de).

Das bedeutet aber nicht, dass Beteiligte sich nicht mit anderen Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern austauschen dürfen zu grundlegenden und allgemeinen Fragen, die in dem Gremium aktuell behandelt werden. Eine **kollektive Patientenvertretung** wäre nicht umsetzbar, wenn Bedarfe oder Erfahrungen aus der Beratungsarbeit oder aus der Selbsthilfe nicht anhand des aktuellen Beratungsthemas mit den anderen Patientenvertreterinnen und -vertretern in dem Gremium, in der Selbsthilfegruppe und Selbsthilfeorganisation oder dem eigenen Beraterteam abgestimmt werden dürften.

8. Bekomme ich meinen Aufwand erstattet?

Die Tätigkeit als Patientenvertreterin oder Patientenvertreter ist ein Ehrenamt. Um die Ausübung des Ehrenamtes zu ermöglichen, werden gemäß § 140f Absatz 5 SGB V bestimmte Aufwendungen erstattet, die im Zusammenhang mit der Ausübung dieser Funktion entstehen. Dazu gehört die Erstattung von Reisekosten, die Zahlung einer pauschalen Aufwandsentschädigung und unter bestimmten Bedingungen auch die Erstattung eines Verdienstaufschlags.

Reisekosten

Wenn Patientenvertreterinnen oder -vertreter für die Teilnahme an „ihrem“ Gremium reisen müssen (z.B. zu dem Zulassungs- oder dem Landesausschuss in ihrem Bundesland) werden die Reisekosten erstattet. Die Reisekostenerstattung erfolgt auf der Grundlage der Reisekostenregelungen für den öffentlichen Dienst. Für Reisen zu Gremien auf der Bundesebene ist dies das Bundesreisekostengesetz, für Fahrten zu einem Gremium auf Landesebene ist es das Reisekostengesetz des jeweiligen Bundeslandes. Grundsätzlich sind Fahrt- und auch Übernachtungskosten erstattungsfähig, wenn sie erforderlich sind. Die Reisekosten werden von dem Gremium erstattet, in welchem die Patientenvertreterin oder der Patientenvertreter mitberatend tätig ist. Der Anspruch richtet sich also gegen die Institution, die zu dem Gremium einlädt. Der Antrag auf Reisekostenerstattung muss dort gestellt werden.

Aufwandsentschädigung

Für die Teilnahme erhalten Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter von den Gremien zudem eine Aufwandsentschädigung. Die Höhe dieser Aufwandsentschädigung ist im Gesetz geregelt. Die aktuelle Summe ist von den jeweiligen Institutionen, die zu den Gremien einladen, zu erfahren.

Die Regelung der Zahlung einer Aufwandsentschädigung in Form des Pauschbetrages wurde mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VAendG) zum 1. Januar 2007 eingeführt. Der Pauschbetrag soll zur finanziellen Abfederung der Aufwendungen ehrenamtlich tätiger Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter dienen. Damit wird berücksichtigt, dass die als sachkundige Personen benannten Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter in einer Vielzahl von Fällen sowohl für die Sitzung selbst als auch für die Sitzungsvorbereitung ihre freie Zeit aufwenden. Die überwiegende Zahl der Patientenvertreterinnen und -vertreter setzt zudem private Computer, Internetanschlüsse, Telefonanschlüsse, Drucker und Papiervorräte für die Sitzungsvorbereitung ein. Der Pauschbetrag kann die dadurch entstehenden Kosten der Patientenvertretung ersetzen.

Verdienstaufschlag

Damit Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter für eine Teilnahme an Gremiensitzungen keinen unbezahlten Urlaub nehmen müssen, besteht auch die Möglichkeit, einen Ersatz für Verdienstaufschlag zu erhalten. Für die Berechnung und für die Sicherstellung einer einheitlichen Erstattung verweist das Gesetz auf einen Berechnungsgrundsatz, der auch bei anderen Ehrenämtern im Bereich der Selbstverwaltung zur Anwendung kommt. In § 140f Absatz 5 SGB V

ist festgelegt, dass der Verdienstaufschlag „in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 SGB IV für jeden Kalendertag einer Sitzung“ erfolgt. In diesem Gesetz ist ebenfalls festgelegt, wie die Höhe der Erstattung zu berechnen ist. Die Entschädigung wird für höchstens zehn Stunden pro Kalendertag geleistet. Ein Antrag auf Erstattung von Verdienstaufschlag muss an das Gremium gerichtet werden, in dem die Patientenvertreterin oder der Patientenvertreter mitberatend tätig ist.

Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Patientenbeteiligungsverordnung – PatBeteiligungsV)

Ausfertigungsdatum: 19.12.2003

Vollzitat:

„Patientenbeteiligungsverordnung vom 19. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2753), die durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist“

Eingangsformel

Auf Grund des § 140g in Verbindung mit § 140f Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), die durch Artikel 1 Nr. 118 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) eingefügt worden sind, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

§ 1 Anforderungen an maßgebliche Organisationen auf Bundesebene

Maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene im Sinne des § 140f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Organisationen, die

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 sind, 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 der Nummer 1 bundesweit tätig gewesen sind,
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.

§ 2 Anerkannte Organisationen

(1) Als maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene gelten:

1. der Deutsche Behindertenrat,
2. die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen,
3. die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. und
4. der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

(2) Hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Verordnung berechnete Zweifel, dass eine der in Absatz 1 genannten Organisationen die in § 1 Nr. 1 bis 7 genannten Kriterien erfüllt, bittet er das Bundesministerium für Gesundheit, die betreffende Organisation zu überprüfen. Ergibt die Überprüfung, dass

die Kriterien nicht erfüllt sind, stellt das Bundesministerium für Gesundheit durch Verwaltungsakt fest, dass die betreffende Organisation für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen keine maßgebliche Organisation auf Bundesebene im Sinne des § 140f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist.

(3) Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss berechnete Zweifel hat, dass eine der in Absatz 1 genannten oder nach § 3 anerkannten Organisationen die in § 1 Nr. 1 bis 7 genannten Kriterien noch erfüllt.

§ 3 Anerkennung weiterer Organisationen

Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag weitere Organisationen, die nicht Mitglied der in § 2 Abs. 1 genannten Verbände sind, als maßgebliche Organisation auf Bundesebene anerkennen, wenn die antragstellende Organisation die in § 1 Nr. 1 bis 7 aufgeführten Kriterien erfüllt und diese nachweist. Die Anerkennung erfolgt durch Verwaltungsakt.

§ 4 Verfahren der Beteiligung

(1) Die in § 2 Abs. 1 genannten und die nach § 3 anerkannten Organisationen benennen zur Wahrnehmung der in § 140f Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Mitberatungsrechte einvernehmlich zu spezifischen Themen sachkundige Personen, von denen mindestens die Hälfte selbst Betroffene sein sollen. Dabei ist das Einvernehmen kenntlich zu machen. Die sachkundigen Personen haben ein Mitberatungsrecht, aber kein Stimmrecht.

(2) Bei den in § 140f Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmt sich das Antragsrecht nach der in § 2 Abs. 1 genannten und der nach § 3 anerkannten Organisationen nach den Vorschriften, die für das

Antragsrecht der nach § 135 Abs. 1 und § 137c Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch antragsberechtigten Selbstverwaltungsträger gelten.

(3) Die Beteiligung nach § 140f Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch muss frühzeitig erfolgen. Dazu werden den in § 2 Abs. 1 genannten und den nach § 3 anerkannten Organisationen die erforderlichen Unterlagen rechtzeitig und vollständig zur Verfügung gestellt und ihnen eine angemessene Frist zur Stellungnahme eingeräumt.

§ 5 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Schlussformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Quelle: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
in Zusammenarbeit mit juris GmbH
www.gesetze-im-internet.de/patbeteiligungsv/BJNR275300003.html
Zugriff am 3.12.2014

Leitbild der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

(Auszug)

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

I. Selbstverständnis

Als Expertinnen und Experten mit eigenem und kollektivem Erfahrungswissen bringen wir unsere Kompetenz in die Beratungen des G-BA und angeschlossene Gremien ein.

Wir sind nur den Interessen der Betroffenen verpflichtet und lassen uns nicht von fremden Interessen instrumentalisieren.

Wir legen beharrlich Schwachstellen der Versorgung offen und benennen Defizite, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und Transparenz zu erreichen.

II. 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.

III. Formen des Miteinander

Wir haben eine verlässliche Arbeits- und Organisationsstruktur und informieren uns gegenseitig umfassend.

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

IV. Ziele

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 Therapeuten sowie laienverständliche medizinische Informationen und Kommunikation. Wir setzen uns für unabhängige und transparente Forschung ein, die ausschließlich am Nutzen von Patienten orientiert ist und vordringliche Wissenslücken schließt.

Quelle: Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (Hrsg.): Wir geben Patientinnen und Patienten eine Stimme. 10 Jahre Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Berlin, Juni 2014, S. 14 f.

Glossar

Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung legt fest, welche Kriterien zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung mit Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anzuwenden sind. Sie dient der einheitlichen Anwendung der Verfahren der Bedarfsplanung auf Landesebene und bei Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen und –psychotherapeutischen Versorgung.

Weiterführende Hinweise beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter: www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

Der Begriff „Evidenz“ leitet sich vom englischen Wort „evidence“ ab, das bedeutet Nachweis oder Beweis, und bezieht sich auf die Informationen aus klinischen Studien, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.

Als evidenzbasierte Medizin bezeichnet man den gewissenhaften und vernünftigen Gebrauch des gegenwärtig besten wissenschaftlichen Beweises für Wirkung oder Nutzen einer medizinischen Therapie (z.B. Behandlungsmethode oder Arzneimittel, Diagnostik oder Maßnahme zur Früherkennung).

Weiterführende Hinweise beim Netzwerk Evidenzbasierte Medizin unter: www.ebm-netzwerk.de

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Etwa 70 Millionen gesetzlich krankenversicherte Menschen in Deutschland haben Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Zentrale Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist die Konkretisierung dessen, was dies im Einzelnen heißt. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Als Entscheidungsgremium mit Richtlinienkompetenz legt er innerhalb des vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmens fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Einzelnen übernommen werden.

Rechtsgrundlage der Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), insbesondere § 91 SGB V. Der Gesetzgeber hat hier neben den Aufgaben und Kompetenzen des G-BA auch die Bestellung der Mitglieder, die Patientenbeteiligung und die Einbeziehung Dritter vorgegeben sowie die Rahmenvorgaben zu seiner Struktur und Arbeitsweise. [Weiterführende Hinweise beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter: www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Das gesamte Sozialgesetzbuch umfasst zwölf Gesetzbücher, darin die Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung sowie weitere Gesetze wie die Sozialhilfe oder die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das SGB V, regelt die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse ist verpflichtend vorgeschrieben. Bis zu einer bestimmten Höhe des Einkommens, der Beitragsbemessungsgrenze, müssen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beiträge an die von ihnen gewählte Krankenkasse leisten. Für das Jahr 2015

beläuft sich die Beitragsbemessungsgrenze für die Kranken- und Pflegeversicherung auf 4.125,00 € im Monat. Menschen mit einem regelmäßig höheren Einkommen können freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben, oder sich privat versichern. Etwa 90 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert.

Die Mittel der GKV werden vor allem durch Beiträge der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer/innen sowie deren Arbeitgeber aufgebracht. Weitere versicherungspflichtige Personengruppen sind zum Beispiel Studierende, aber auch Künstler und Landwirte.

Versichert sind die Beitragszahlenden selbst und ihre Familienangehörigen, soweit diese nicht selbst sozialversicherungspflichtig sind. Alle gesetzlich Versicherten haben die gleichen Rechte, egal, wie hoch ihr Beitragssatz ist.

[Weiterführende Hinweise beim Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen unter: www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Das IQWiG ist ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut. Es wurde durch den G-BA auf der Grundlage von § 139a SGB V gegründet. Auftrag des Instituts sind unter anderem die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten. Die Gutachten des Instituts enthalten Empfehlungen, welche dem G-BA als Grundlage für seine Entscheidungsfindungen dienen. Finanziert wird das IQWiG ebenso wie der G-BA selbst durch Zuschläge für stationäre und ambulante medizinische Behandlungen, also letztlich aus den Beiträgen der Mitglieder aller gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Höhe der Zuschläge legt der G-BA jährlich fest.

[Weiterführende Hinweise beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unter: www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)

Interessenkonflikt

Ein Interessenkonflikt wird definiert als das gleichzeitige Vorhandensein primärer und sekundärer Interessen. Primäre Ziele der gemeinschaftlichen Selbsthilfe und auch der Patientenvertretung sind ausschließlich geprägt durch die Interessen der Betroffenen. Sekundäre Interessen sind dadurch definiert, dass sie die Verfolgung der eigentlichen Ziele der Selbsthilfe oder der Patientenvertretung beeinträchtigen oder gefährden können. Zum Beispiel kann die Annahme von Sponsoren-Geldern zu einer Beeinflussung führen, welche die primären Interessen der Betroffenen gefährdet.

Eine im Gesundheitsbereich weitgehend akzeptierte Definition lautet: „Interessenkonflikte sind definiert als Gegebenheiten, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welche sich auf ein primäres Interesse beziehen, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst werden“ (Klemperer in NAKOS Konzepte und Praxis Band 6, S. 12).

Weiterführende Informationen zum Thema Interessenkonflikt in: NAKOS (Hrsg.): *Transparenz und Unabhängigkeit der Selbsthilfe, Wahrung von Selbstbestimmung und Vermeidung von Interessenkonflikten. Eine Praxishilfe. Reihe NAKOS Konzepte und Praxis*, Bd. 6. Berlin 2012, 79 S.

Zu bestellen über www.nakos.de

Kassenärztliche Vereinigung

Alle Ärzte, die gesetzlich Krankenversicherte behandeln, müssen Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung sein. Diese hat dafür zu sorgen, dass die Versicherten in ihrer Region ausreichend und zweckmäßig versorgt werden. Von den Krankenkassen auf Länderebene erhalten sie dazu Geld. In Deutschland gibt es 23 Kassenärztliche Vereinigungen (in einigen Bundesländern existieren mehrere). Auf Bundesebene haben sie sich zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammengeschlossen.

Weitere Hinweise bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter: www.kbv.de

Kollektive Patientenvertretung

Die über § 140f SGB V benannten Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter bringen die kollektive Erfahrung von Patienten ein, die in den maßgeblichen Organisationen zur Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen gebündelt sind. Sie bringen ihre Fachkompetenz in der Patientenselbsthilfe oder Patientenberatung in die Beratung ein sowie ihre Vernetzungskompetenz. Damit können sie 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.

Landesausschuss

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden nach § 90 SGB V für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und einen Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.

Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, drei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie einem gemeinsamen Vertreter der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der Knappschaft-Bahn-See.

Die Mitglieder der Landesausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden.

Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Leistungskatalog ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) nur als Rahmenrecht vorgegeben. Im Gesetz steht, dass die Versicherten einen Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung haben. Hierzu zählen insbesondere die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen. Außerdem ist geregelt, dass die Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen müssen. Das heißt, sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die **Vertragsärztinnen und Vertragsärzte** sind im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages zur Erbringung dieser Leistungen verpflichtet.

Der Leistungsanspruch gesetzlich Krankensversicherter auf bestimmte Behandlungen oder Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung ist nicht im Einzelnen durch das Sozialgesetzbuch geregelt, sondern wird im Rahmen des Selbstverwaltungsprinzips von dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in verbindlichen Richtlinien näher konkretisiert.

Quelle: www.bmg.bund.de/krankenversicherung/leistungen/leistungskatalog.html | Zugriff am 8.12.2014

Maßgebliche Organisationen

Folgende Organisationen wurden nach der Patientenbeteiligungsverordnung vom Bundesgesundheitsministerium als maßgebliche Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen anerkannt:

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

Diese Organisationen sind seit 2004 befugt, Patientinnen und Patienten und ihre Interessenvertretungen für die im Gesetz benannten Gremien auf Bundesebene und in den Bundesländern zu benennen.

Die maßgeblichen Organisationen werden auch als „anerkannte Organisationen“ bezeichnet.

Methodenbewertung

Bei Methodenbewertungen handelt es sich um systematische Arbeiten zu medizinischen Fragestellungen, vergleichbar mit so genannten Health Technology Assessments (HTAs). [...] Die Methodenbewertungen folgen den Prinzipien der evidenzbasierten (= beweisbaren) Medizin (EbM): Nach der Formulierung der Fragestellung folgt zunächst die systematische Suche nach relevanter Literatur. Hierdurch sollen nach Möglichkeit alle wissenschaftlichen Publikationen zur Beantwortung der Fragestellung ausfindig gemacht werden. Die Ergebnisse dieser Publikationen werden im Anschluss hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit bewertet und – wenn möglich – zu einem Gesamtergebnis zusammengefasst. Auf Basis dieses Endergebnisses lässt sich die eingangs formulierte Frage beantworten; dies ist meist die Frage, ob eine Methode mit mehr Nutzen als Risiken für Patientinnen und Patienten verbunden ist.

Quelle: <https://www.g-ba.de/institution/sys/glossar/buchstabe/m/#details/205> | Zugriff am 8.12.2014

Mitberatungsrecht

Der Begriff „Mitberatungsrecht“ findet seine Grundlage in § 140f SGB V. Nach dieser Gesetzregelung „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 in § 140f SGB V aufgelisteten Gremien oder Maßnahmen dürfen keine Beratung ohne Patientenbeteiligung durchführen, da diese das Recht zur Mitberatung haben.

Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Allerdings hat die Patientenvertretung kein Stimmrecht.

Patientenbeteiligung

Unter Beteiligung oder „Partizipation“ ist die Einbindung von Individuen und Organisationen in Entscheidungs- und Willensbildungsprozesse von Politik, Wirtschaft oder Verwaltung zu verstehen. In Deutschland sind nur wenige Beteiligungsrechte gesetzlich vorgeschrieben. Zu den bekanntesten zählen unter anderem die Beteiligungsrechte eines Betriebsrats bei Entscheidungen des Arbeitgebers.

Mit der gesetzlichen Regelung der Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen durch § 104f SGB V im Jahr 2004 wurden erstmalig Beteiligungsrechte der Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten, also der betroffenen kranken Menschen, bei Versorgungsfragen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verankert. Anders als bei den Betriebsräten wurde hier aber kein Mitbestimmungs-, sondern nur ein Beteiligungsrecht definiert.

Patientenvertretung

Unter dem Begriff Patientenvertretung werden die Organisationen zusammengefasst, die auf der Grundlage der Patientenbeteiligungsverordnung als maßgebliche Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen im Sinne des § 140f SGB V anerkannt sind.

Rechtsverordnung

Eine Rechtsverordnung wirkt wie ein Gesetz. Sie kann ohne förmliches Gesetzgebungsverfahren durch eine Regierung und ihre Verwaltung erlassen werden. Voraussetzung ist eine gesetzliche Ermächtigung, welche im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens durch das Parlament genehmigt wurde. Die gesetzliche Grundlage für die Patientenbeteiligungsverordnung besteht in § 140g SGB V. Danach wurde das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates „Näheres zu den Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, sowie zum Verfahren der Patientenbeteiligung zu regeln.“

Richtlinien des G-BA

Eine Richtlinie ist eine untergesetzliche Norm mit Handlungs- oder Ausführungshinweisen. Ob und von wem eine Richtlinie einzuhalten bzw. umzusetzen ist, bestimmt sich nach dem Maß der Richtlinienkompetenz des Normgebers. Die Richtlinien oder Rahmenvorgaben eines Unternehmens sind zum Beispiel von seinen Mitarbeitenden einzuhalten, sie greifen jedoch nicht auf unbeteiligte Dritte durch.

Die Richtlinien des G-BA sind aufgrund seiner im Fünften Sozialgesetzbuch definierten Aufgaben für die Erbringung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bindend. Nach § 92 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss „die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen [...]; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist.“

Sachkundige Personen

Den nach § 140g SGB V anerkannten Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen wurde vom Gesetzgeber die Aufgabe übertragen, zur Wahrnehmung des Mitberatungsrechts im Sinne des § 140f SGB V einvernehmlich sachkundige Personen zu benennen. Die „sachkundigen Personen“ werden üblicherweise Patientenvertreter und Patientenvertreterinnen genannt.

Selbstverwaltung, gemeinsame Selbstverwaltung

Das Prinzip der Selbstverwaltung ist ein wesentliches Strukturmerkmal der deutschen Sozialversicherungssysteme. Die Krankenkassen sind Teil der Sozialversicherungssysteme und Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie nehmen unmittelbar öffentliche Aufgaben wahr und stehen unter staatlicher Aufsicht, sind jedoch finanziell und organisatorisch selbständig. Wesentliches Merkmal der Selbstverwaltung sind die Selbstverwaltungsorgane, welche sich durch die paritätische Besetzung der Leitungsgremien durch die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretung auszeichnen. Auch die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen auf Bundes- und Landesebene sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Krankenkassen und die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen schließen untereinander und mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens wie den Verbänden der Krankenhäuser und der Apotheker, den Heil- und Hilfsmittelherstellern usw. Verträge über die Leistungserbringung und deren Vergütung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie bilden für verschiedene gesetzliche Aufgaben auch gemeinsame Institutionen der so genannten gemeinsamen Selbstverwaltung. Ein besonders wichtiges Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der G-BA.

Weiterführende Informationen beim Bundesministerium für Gesundheit unter: www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/selbstverwaltung/selbstverwaltung-im-ueberblick.html

Sonderbedarf

Trotz Überversorgung in einer Region kann es erforderlich sein, zusätzliche Ärztinnen und Ärzte zuzulassen, wenn diese zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung der gesetzlich versicherten Einwohner 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.

Sprechende Medizin

Die „Sprechende Medizin“ ist eine wesentliche Ergänzung der „Apparatemedizin“. Sie ist besonders wichtig, damit Patientinnen und Patienten die Ausführungen von Ärztinnen und Ärzten verstehen können. Nur mit einem Gespräch wird eine gemeinsame Entscheidung für oder gegen eine Behandlungsform möglich, können Patientinnen und Patienten verstehen, warum sie wann welche Maßnahmen oder Medikamente einsetzen müssen.

Vertragsärztliche Versorgung

Vertragsärzte (früher als „Kassenärzte“ bezeichnet) sind Ärzte, die im Besitz einer Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten sind. Die Zulassung ist an Voraussetzungen gebunden wie zum Beispiel die Approbation, eine Eintragung in das Arztregister sowie eine Verpflichtung auf die vertraglichen und gesetzlichen Grundlagen der GKV. Sie ist jeweils an einen bestimmten Vertragsarztsitz gebunden.

Quelle: www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/v-y/vertragsaerzte.html
Zugriff am 15.12.2014

Vertragsärztliche Versorgung bezeichnet die medizinische Versorgung durch die Gesamtheit der Vertragsärztinnen und -ärzte in einer bestimmten Region.

Vertraulichkeitsgebot

Die nichtöffentlichen Beratungen des G-BA sind nach § 91 Absatz 7 Satz 7 SGB V vertraulich. Damit unterliegen sämtliche Beratungen in den Beratungsgremien des G-BA (Unterausschüsse und Arbeitsgruppen) sowie Sitzungsunterlagen und Protokolle der Vertraulichkeit. Jede Sitzungsteilnehmerin und jeder Sitzungsteilnehmer, der oder dem vertrauliche Unterlagen ausgehändigt oder zugestellt wurden, ist verpflichtet, Vorkehrungen zu treffen, dass diese vertraulich behandelt bleiben.

Beschlüsse des G-BA werden im so genannten Plenum des G-BA gefasst. Die Beratungen des Plenums sind zum Teil öffentlich. Beschlüsse zu Richtlinien werden auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht.

Zulassungsausschuss

Wenn (Zahn-)Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis behandeln möchten, müssen sie eine Zulassung bei ihrem örtlichen Zulassungsausschuss beantragen.

Zulassungsausschüsse werden laut § 96 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen für den Einzugsbereich (Bezirk genannt) jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) errichtet. Die Zulassungsausschüsse bestehen aus Vertreterinnen und Vertretern der Ärztinnen und Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Sie entscheiden auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben des SGB V sowie der **Bedarfsplanungsrichtlinie** des G-BA über die Zulassung eines/r Antragsteller/in zur Teilnahme an der **vertragsärztlichen Versorgung**.

Stand der Links: Dezember 2014

Weiterführende Informationen

Im Zusammenhang mit den Aufgaben und der Durchführung der Gremien, bei denen gemäß § 140f SGB V eine Patientenbeteiligung vorgesehen ist, sind viele Begriffe neu und zudem schwer verständlich. Die NAKOS erreichen zum Beispiel Nachfragen, was unter Off-Label-Use zu verstehen ist, wie Arzneimittel zugelassen werden oder was die Verfahrensordnung des G-BA beschreibt und regelt. All diese Fragen werden in dem Glossar des G-BA ausführlich und gut verständlich erklärt.

Das Glossar des G-BA findet sich unter:
www.g-ba.de/institution/sys/glossar/

Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung oder zur medizinischen und pflegerischen Versorgung im Allgemeinen werden ebenfalls ausführlich und gut verständlich im Glossar des Bundesministerium für Gesundheit erklärt.

Siehe: www.bmg.bund.de/service/themen-von-a-z.html

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

NAKOS: Grundlagen der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V. Erfahrungen einbringen, Interessen vertreten. Reihe Patient und Selbsthilfe, Bd.1, Berlin 2014, 59 S.

NAKOS (Hrsg.): Transparenz und Unabhängigkeit der Selbsthilfe, Wahrung von Selbstbestimmung und Vermeidung von Interessenkonflikten. Eine Praxishilfe. Reihe NAKOS Konzepte und Praxis, Bd. 6. Berlin 2012, 79 S.

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

Kontaktadressen

Maßgebliche Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen

Deutscher Behindertenrat

c/o BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
E-Mail: info@deutscher-behindertenrat.de
Internet: www.deutscher-behindertenrat.de
(Jedes Jahr wechselt turnusmäßig der Vorsitzende und das Sekretariat des Sprecherrates des Deutschen Behindertenrates.)

BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)

Geschäftsstelle
Waltherstraße 16a
80337 München
Tel: 089 | 76 75 51 31, Di-Do 13-14 Uhr (Infotelefon)
Fax: 089 | 725 04 74
E-Mail: mail@bagp.de
Internet: www.bagp.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Verwaltung
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin-Charlottenburg
Tel: 030 | 893 40 14
Fax: 030 | 31 01 89 70
E-Mail: verwaltung@dag-shg.de
Internet: www.dag-shg.de
www.patient-und-selbsthilfe.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin
Tel.: 030 | 258 00-0
Fax: 030 | 258 00-518
E-Mail: gesundheit@vzbv.de
Internet: www.vzbv.de

Einrichtungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

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

Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin – Charlottenburg
Tel: 030 | 31 01 89 60, Di, Mi, Fr 10-14 Uhr, Do 14-17 Uhr
Fax: 030 | 31 01 89 70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
Internet: www.nakos.de

Selbsthilfe-Büro Niedersachsen

Gartenstraße 18
30161 Hannover
Tel: 05 11 | 39 19 28, Mo-Do 9-12 Uhr
Fax: 05 11 | 39 19 07
E-Mail: selbsthilfe-buero-nds@gmx.de
Internet: www.selbsthilfe-buero.de

KOSKON – Koordination für Selbsthilfe-Unterstützung in Nordrhein-Westfalen

Friedhofstraße 39
41236 Mönchengladbach
Tel: 021 66 | 24 85 67, Mo-Do 9-14 Uhr
Fax: 021 66 | 24 99 44
E-Mail: selbsthilfe@koskon.de
Internet: www.koskon.de

Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen

Friedrichstraße 33
 35392 Gießen
 Tel: 06 41 | 98 54 56 12, Mo-Fr 10-18 Uhr
 Fax: 06 41 | 98 54 56 19
 E-Mail: juergen.matzat@psycho.med.uni-giessen.de
 Internet: www.ukgm.de/ugm_2/deu/4655.html

Selbsthilfekordinierungsstellen**Bayern**

Selbsthilfekoordination Bayern – SeKo Bayern
 Theaterstraße 24
 97070 Würzburg
 Tel: 0931 | 20 78 16 40, Mo-Fr 9-12, Di 13-16 Uhr
 Fax: 0931 | 20 78 16 46
 E-Mail: selbsthilfe@seko-bayern.de
 Internet: www.seko-bayern.de

Berlin

SEKIS Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle
 Bismarckstraße 101
 10625 Berlin
 Tel: 030 | 892 66 02, Mo 12-16, Mi 10-14, Do 14-18 Uhr
 Fax: 030 | 89 02 85 40
 E-Mail: sekis@sekis-berlin.de
 Internet: www.sekis-berlin.de

Niedersachsen

Selbsthilfe-Büro Niedersachsen
 Gartenstraße 18
 30161 Hannover
 Tel: 05 11 | 39 19 28, Mo-Do 9-12 Uhr
 Fax: 05 11 | 39 19 07
 E-Mail: selbsthilfe-buero-nds@gmx.de
 Internet: www.selbsthilfe-buero.de

Nordrhein-Westfalen

KOSKON – Koordination für Selbsthilfe-Unterstützung in
 Nordrhein-Westfalen
 Friedhofstraße 39
 41236 Mönchengladbach
 Tel: 021 66 | 24 85 67, Mo-Do 9-14 Uhr
 Fax: 021 66 | 24 99 44
 E-Mail: selbsthilfe@koskon.de
 Internet: www.koskon.de

**Landesarbeitsgemeinschaften der
Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland****Baden-Württemberg**

Landesarbeitsgemeinschaft der Kontakt- und Informations-
 stellen für Selbsthilfegruppen Baden-Württemberg
 c/o KISS Stuttgart
 Tübinger Straße 15
 70178 Stuttgart
 Tel: 07 11 | 640 61 17, Mo 14-16 und 18-20, Di 10-12, Mi Do
 14-16 Uhr
 Fax: 07 11 | 607 45 61
 E-Mail: lag-kiss@selbsthilfe-bw.de
 Internet: www.selbsthilfe-bw.de

Bayern

Verein Selbsthilfekontaktstellen Bayern e.V.
 c/o SeKo Bayern
 Theaterstraße 24
 97070 Würzburg
 Tel: 09 31 | 20 78 16 40, Mo-Fr 9-12, Di 13-16 Uhr
 Fax: 09 31 | 20 78 16 46
 E-Mail: selbsthilfe@seko-bayern.de
 Internet: www.selbsthilfekontaktstellen-bayern.de
www.seko-bayern.de

Berlin

selko e.V. – Verein zur Förderung von Selbsthilfe-Kontaktstellen e.V.
 Bismarckstraße 101
 10625 Berlin
 Tel: 030 | 89 02 85 37
 Fax: 030 | 89 02 85 40
 E-Mail: info@selko.de, sekis@sekis-berlin.de
 Internet: www.selko.de

Brandenburg

Landesarbeitsgemeinschaft für Selbsthilfeförderung Brandenburg e.V. – LAGS
 c/o KIS im Gesundheitszentrum
 Potsdamer Straße 7/9
 14513 Teltow
 Tel: 033 28 | 353 91 54, Di 11-18 Uhr
 Fax: 033 28 | 353 91 59
 E-Mail: selbsthilfe-pm@awo-potsdam.de, info@selbsthilfe-brandenburg.de
 Internet: www.selbsthilfe-brandenburg.de

Bremen

Netzwerk-Selbsthilfe Bremen-Nordniedersachsen e.V.
 Faulenstraße 31
 28195 Bremen
 Tel: 04 21 | 70 45 81, Mo-Fr 10-13, Mo-Do 14-16 Uhr
 Fax: 04 21 | 70 74 72
 E-Mail: info@netzwerk-selbsthilfe.com, info@selbsthilfe-wegweiser.de
 Internet: www.selbsthilfe-wegweiser.de
 www.netzwerk-selbsthilfe.com

Hamburg

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Hamburg e.V. –
 Gesamtleitung KISS Hamburg c/o Kontaktstelle Wandsbek
 Brauhausstieg 15-17
 22041 Hamburg
 Tel: 040 | 41 52 01-0
 Fax: 040 | 39 92 63 52
 E-Mail: kiss@paritaet-hamburg.de
 Internet: www.kiss-hh.de, www.paritaet-hamburg.de

Hessen

Arbeitsgemeinschaft der Hessischen
 Selbsthilfe-Kontaktstellen
 c/o Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen
 Friedrichstraße 33
 35392 Gießen
 Tel: 06 41 | 98 54 56 12, Mo-Fr 10-18 Uhr
 Fax: 06 41 | 98 54 56 19
 Internet: www.selbsthilfe-hessen.net

Mecklenburg-Vorpommern

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe-Kontaktstellen
 Mecklenburg-Vorpommern e.V.
 Spieltordamm 9
 19055 Schwerin
 Tel: 03 85 | 202 41 15
 Fax: 03 85 | 202 41 16
 E-Mail: info@selbsthilfe-mv.de
 Internet: www.selbsthilfe-mv.de

Niedersachsen

Arbeitskreis Niedersächsischer Kontakt-
 und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich
 c/o ZISS im Landkreis Harburg – Caritasverband
 Elsternweg 1
 21423 Winsen a.d. Luhe
 Tel: 041 71 | 65 31 22
 Fax: 041 71 | 65 31 23
 E-Mail: info@ziss-online.de

Nordrhein-Westfalen

Landesarbeitskreis (LAK) Selbsthilfe-Kontaktstellen NRW
 c/o Netzwerk Bürgerengagement
 Oerweg 38
 45657 Recklinghausen
 Tel: 023 61 | 10 97 35
 Fax: 023 61 | 10 97 43
 E-Mail: selbsthilfe-re@paritaet-nrw.org
 Internet: www.netzwerk-buergerengagement.de

Rheinland-Pfalz

Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen
 und Selbsthilfeunterstützung in Rheinland-Pfalz c/o SEKIS
 Balduinstraße 6
 54290 Trier
 Tel: 06 51 | 14 11 80, Mo 9-12, 17-20, Mi 14-16, Do 9-12 Uhr
 Fax: 06 51 | 991 76 88
 Internet: www.selbsthilfe-rlp.de

Saarland

Landesarbeitsgemeinschaft-Kontakt Saarland
 c/o KISS Saarland
 Futterstraße 27
 66111 Saarbrücken
 Tel: 06 81 | 96 02 13-0, Mo-Mi 10-16, Do 10-18, Fr 10-14 Uhr
 Fax: 06 81 | 96 02 13-29
 E-Mail: kontakt@selbsthilfe-saar.de
 Internet: www.selbsthilfe-saar.de

Sachsen

Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen
 Sachsens (LAG SKS)
 c/o KISS Chemnitz
 Rembrandtstraße 13a/b
 09111 Chemnitz
 Tel: 03 71 | 600 48-70, Di 13-16, Do 9-12 und 15-18 Uhr
 Fax: 03 71 | 600 48-62
 E-Mail: info@lagsks.de
 Internet: www.selbsthilfe-in-sachsen.de

Sachsen-Anhalt

Arbeitskreis Selbsthilfekontaktstellen
 c/o Der Paritätische Sachsen-Anhalt
 Wiener Straße 2
 39112 Magdeburg
 Tel: 03 91 | 629 35 11, Mo-Fr 8-15.30 Uhr
 Fax: 03 91 | 629 34 33
 Internet: www.selbsthilfekontaktstellen-lsa.de
www.paritaet-lsa.de

Schleswig-Holstein

Schleswig Holsteinischer Arbeitskreis der Selbsthilfe-
 kontaktstellen – SASK
 c/o KIBIS Kiel
 Königsweg 9
 24103 Kiel
 Tel: 04 31 | 67 27 27, Di 10-13, Mi 10-12, Do 14-17 Uhr
 Fax: 04 31 | 600 47 27
 E-Mail: kibis-kiel@t-online.de, info@kibis-kiel.de
 Internet: www.kibis-kiel.de/kontakt/kontaktstellen-in-s-h

Thüringen

Landesarbeitsgemeinschaft – Thüringer Selbsthilfeplenum
 c/o IKOS Jena
 Kastanienstraße 11
 07747 Jena
 Tel: 036 41 | 874 11 60, Mo Di Do 8-12 und 13-16 Uhr
 E-Mail: ikos@awo-jena-weimar.de
 Internet: www.selbsthilfe-thueringen.de

Stand der Adressen: 17.12.2014

Impressum

Herausgeber:



NAKOS
 Nationale Kontakt- und Informationsstelle
 zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
 Otto Suhr-Allee 115
 10585 Berlin-Charlottenburg
 Telefon: +49 (0)30 | 893 40 14
 Fax: +49 (0)30 | 31 01 89 70
 E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
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.2: Arbeitsweise und Verfahren der
 Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V
 Erfahrungen einbringen, Interessen vertreten

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

Layout: Diego Vásquez, Berlin

Druck: Kössinger, Schierling
 Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Auflage: 2.000

Nachdruck / Übernahme einzelner Abschnitte nur mit
 ausdrücklicher Genehmigung.

© NAKOS, 2014

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

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

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V.

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

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 neu geschaffene 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 Patientenvertreterinnen und -vertreter von Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung mitberatend hinzugezogen werden müssen, wenn es um wichtige Versorgungsfragen geht?

...dass die Benennung von Patientenvertreterinnen und -vertretern ausschließlich durch die vier maßgeblichen Organisationen gemäß Patientenbeteiligungsverordnung erfolgen kann?

Informieren Sie sich in unserer Broschüre über die Regelungen zum Verfahren und über die Rahmenbedingungen der Patientenbeteiligung, die Sie als Patientenvertreterin oder Patientenvertreter wissen müssen. Die Grundlagen der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V sind in unserer Broschüre Patient und Selbsthilfe Band 1 beschrieben.

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