

Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur Änderung anderer Gesetze

Vorblatt

A. Zielsetzung

Wesentliches Ziel des Landesgesundheitsgesetzes ist die Schaffung einer tragfähigen Grundlage für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg. Um den zukünftigen gesundheitspolitischen Herausforderungen gerecht zu werden, ist eine Abkehr von der sektoralen Betrachtungsweise hin zu einem sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Ansatz notwendig. Deshalb soll das Zusammenwirken von Landes- und kommunaler Ebene im Bereich des Gesundheitswesens gestärkt und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit intensiviert werden. Inhaltlicher Ausgangspunkt für die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik in Baden-Württemberg ist das Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg.

B. Wesentlicher Inhalt

Mit dem vorliegenden Gesetz werden daher neue und bewährte Dialog- und Arbeitsformen, nämlich die Gesundheitskonferenzen auf Landes- und Kreisebene sowie der Sektorenübergreifende Landesausschuss nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und ein Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention etabliert und auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Gesetzlich geregelt werden die Arbeitsweise, Zuständigkeit, Interaktion und Vernetzung dieser Beteiligungsgremien. Es handelt sich dabei um Gremien der Politikberatung. Verbindliche Entscheidungen für die Gewährleistungsträger im Gesundheitswesen vermögen sie nicht zu treffen. Die Landesgesundheitskonferenz stellt das zentrale Gremium auf Landesebene dar. Ihr Auftrag ist es, ein Forum zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg zu bilden. Sie koordiniert und begleitet darüber hinaus die Umsetzung des Gesundheitsleitbilds. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen – die verpflich-

tend in den Land- und Stadtkreisen einzuberufen sind - befassen sich auf kommunaler Ebene mit allen gesundheitspolitischen Fragen des örtlichen Bereichs. Der Sektorenübergreifende Landesausschuss vernetzt vor allem im Bereich der Versorgungsplanung Kostenträger und Leistungserbringer der unterschiedlichen Sektoren sowie weitere Akteure. Für die Belange der Gesundheitsförderung und Prävention wird fortan der Landesausschuss Prävention und Gesundheitsförderung zuständig sein.

Die Weiterentwicklung des baden-württembergischen Gesundheitswesens kann nur in einem fortwährenden Dialog mit allen Akteuren sowie den Bürgerinnen und Bürgern selbst gelingen, bei allen Gremien sind daher Vertretungen der Patientinnen und Patienten sowie der Bürgerinnen und Bürger zu beteiligen. Auf Landes- und kommunaler Ebene können darüber hinaus Gesundheitsdialoge zu gesundheitspolitischen Themen durchgeführt werden.

Im gesundheitspolitischen Bereich in Baden-Württemberg gibt es eine Reihe untergesetzlicher Gremien (zum Beispiel Arbeitsgemeinschaften, Beiräte) im Geschäftsbereich des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums. Diese Gremien sollen einen klaren Auftrag erhalten und fortan zu Beginn jeder Legislaturperiode auf ihren Auftrag hin überprüft werden.

Im Rahmen des Landesgesundheitsgesetzes wird auch die Zusammensetzung des Landeskrankenhausausschusses sowie des Landespflegeausschusses angepasst.

C. Alternativen

Keine.

D. Regelungsfolgenabschätzung und Nachhaltigkeitsprüfung

Eine gesetzliche Regelung der genannten gesundheitspolitischen Gremien ist sinnvoll, um diese bereits seit langem arbeitenden Gremien auf eine verlässliche Rechtsgrundlage zu stellen. Koordinierende Absprachen der Akteure des Gesundheitswesens (mit Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten) können die Umsetzbarkeit von Vorhaben auf höheren (Entscheidungs-)Ebenen antizipieren und dadurch (auch) Kosten sparen. Kosten für die öffentlichen Haushalte entstehen für die Einrichtung der Geschäftsstellen der Gremien sowie für die Durchführung der jeweiligen Sitzungen.

**Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und
der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg
und zur Änderung anderer Gesetze**

Vom

Artikel 1

Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung
aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsge-
setz – LGG BW)

§ 1

Gesetzeszweck

(1) Zweck dieses Gesetzes ist, durch eine stärkere Vernetzung an den Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung, einer verstärkten Patientenorientierung und Bürgerbeteiligung sowie einer stärkeren Regionalisierung eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung in ganz Baden-Württemberg zu gewährleisten. Dabei stehen Gesundheitsförderung und Prävention gleichberechtigt neben medizinischer Versorgung (Kuration und Rehabilitation) sowie Pflege. Das Land Baden-Württemberg gibt sich unter Federführung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums und unter Einbeziehung der beteiligten Akteure ein Gesundheitsleitbild, das einen Orientierungsrahmen für die Gesundheitspolitik des Landes darstellt.

(2) Bundesrechtliche und landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt, soweit sie eine abschließende Regelung treffen.

§ 2

Beteiligung, Gesundheitsdialog

(1) Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten sowie weitere Betroffene sollen im Regelungsbereich dieses Gesetzes auf allen Ebenen frühzeitig informiert, vernetzt und beteiligt werden.

(2) Vertretungen nichtärztlicher Berufe im Gesundheitswesen sowie der Pflege sollen im Regelungsbereich dieses Gesetzes auf allen Ebenen frühzeitig informiert, vernetzt und beteiligt werden.

(3) Eine Beteiligung kommt insbesondere in Betracht bei:

1. der Erarbeitung und Fortschreibung des Gesundheitsleitbildes,
2. der Erarbeitung und Fortschreibung von Gesundheitszielen,
3. Planungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung, die einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger haben,
4. der Erarbeitung von Konzepten zur Gesundheitsförderung und Prävention.

(4) Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten sowie Expertinnen und Experten werden an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg im Rahmen von Gesundheitsdialogen sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene beteiligt. Der Gesundheitsdialog umfasst Fach- und Bürgerdialoge:

1. Fachdialoge werden zu spezifischen und strategischen Fragestellungen der Gesundheitspolitik mit Verantwortlichen sowie Expertinnen und Experten in speziellen Fachgremien und Konferenzen durchgeführt.
2. Bürgerdialoge beteiligen Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten zu Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen sowie pflegerischen Versorgung.

§ 3

Maßnahmen zur Verwirklichung der Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen

Bei der Besetzung der im Folgenden geregelten Gremien wird eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen mit dem Ziel einer paritätischen Gremienbesetzung angestrebt. § 12 des Chancengleichheitsgesetzes vom 11. Oktober 2005 (GBl. S. 650) in der jeweils geltenden Fassung ist zu beachten.

§ 4

Landesgesundheitskonferenz

(1) Zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg mit dem Ziel der Koordinierung, Erarbeitung gemeinsamer Stellungnahmen sowie Abgabe von Empfehlungen beruft das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium unter Vorsitz der zuständigen Ministerin oder des zuständigen Ministers wenigstens einmal jährlich eine Landesgesundheitskonferenz ein.

(2) Der Landesgesundheitskonferenz gehören als ständige Mitglieder insbesondere Vertretungen

1. der Leistungserbringer und Kostenträger,

2. der Heilberufekammern (Landesärztekammer, Landes Zahnärztekammer, Landespsychotherapeutenkammer, Landesapothekerkammer),

3. der Wissenschaft,

4. der kommunalen Landesverbände,

5. der Kommunalen Gesundheitskonferenzen,

6. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

7. der Berufsverbände der Gesundheits- und Pflegeberufe, der Gewerkschaften sowie

8. der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten

an. Weitere Mitglieder können themenbezogen berufen werden. Jedes ständige Mitglied besitzt ein Stimm- und Initiativrecht.

(3) Die Landesgesundheitskonferenz soll sich der Fachexpertise der jeweiligen gesundheitspolitischen Fachgremien im Zuständigkeitsbereich des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums, insbesondere

1. des Sektorenübergreifenden Landesausschusses nach § 6,

2. des Landeskrankenhausausschusses nach § 9 des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg (LKHG) vom 29. November 2007 (GBl. 2008 S. 14) in der jeweils geltenden Fassung,

3. des Landespflegeausschusses nach § 2 des Landespflegegesetzes (LPfLG) vom 11. September 1995 (GBl. S. 665) in der jeweils geltenden Fassung, und

4. des Landesarbeitskreises Psychiatrie nach § 11 des Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes (PsychKHG) vom 25. November 2014 (GBl. S. 534) in der jeweils geltenden Fassung,

bedienen. Sie kann bei ihr eingehende Anfragen, Stellungnahmen und Empfehlungen an die entsprechenden Fachgremien zur Befassung weiterleiten und Stellungnahmen einholen. Die Landesgesundheitskonferenz kann im Rahmen ihres Auftrags Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten beteiligen.

(4) Die Landesgesundheitskonferenz kann in Abstimmung mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium Gesundheitsdialoge (§ 2) durchführen. Im Rahmen des Gesundheitsdialogs können Empfehlungen erarbeitet und in die Landesgesundheitskonferenz zur Befassung und Beschlussfassung eingebracht werden.

(5) Die Landesgesundheitskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung.

(6) Bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium wird eine Geschäftsstelle für die Koordination und Durchführung der Landesgesundheitskonferenz eingerichtet.

§ 5

Kommunale Gesundheitskonferenzen

(1) Die Land- und Stadtkreise in denen eine untere Gesundheitsbehörde gem. § 2 Abs. 1 Nr. 3 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 12. Dezember 1994 in der jeweils geltenden Fassung verortet ist, richten Kommunale Gesundheitskonferenzen zur Beratung, Koordinierung und Vernetzung von Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Versorgung, der Pflege und der Rehabilitation mit örtlichem Bezug ein. Kommunale Gesundheitskonferenzen können auch kreisübergreifend eingerichtet werden.

(2) Die Kommunale Gesundheitskonferenz entwickelt Ziele für die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, medizinische Versorgung sowie Pflege mit örtlichem Bezug. Bei Bedarf gibt sie Empfehlungen.

(3) Erarbeitete Empfehlungen können über die kommunalen Landesverbände in die zuständigen gesundheitspolitischen Gremien des Landes eingebracht werden.

(4) Die Kommunale Gesundheitskonferenz setzt sich aus delegierten Vertretungen der örtlichen Institutionen und Einrichtungen aus Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Versorgung, der Pflege, der Selbsthilfe, des Patientenschutzes und weiteren Institutionen des Sozialbereichs, die Berührungspunkte mit dem zu beratenden Thema haben, zusammen. Themenspezifische Netzwerke werden in die Kommunalen Gesundheitskonferenzen eingebunden. Bürgerinnen und Bürger können an der Beratung gesundheitspolitischer Fragestellungen mit örtlichem Bezug beteiligt werden.

(5) Die Kommunale Gesundheitskonferenz kann im Rahmen ihrer Zuständigkeit und in Abstimmung mit den kommunalen Entscheidungsträgern Gesundheitsdialoge (§ 2) durchführen. Empfehlungen können erarbeitet und den kommunalen Entscheidungsträgern zugeleitet werden.

(6) Die Leitung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen soll der Landrätin oder dem Landrat beziehungsweise der Oberbürgermeisterin oder dem Oberbürgermeister obliegen.

§ 6

Sektorenübergreifender Landesausschuss

(1) In Baden-Württemberg tagt als gemeinsames Gremium nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), eingefügt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983), der Sektorenübergreifende Landesausschuss.

(2) Der Sektorenübergreifende Landesausschuss kann Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung und Entwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen und insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Er kann bei der Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 SGB V und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V Stellung nehmen.

(3) Dem Sektorenübergreifenden Landesausschuss gehören als Mitglieder mit Stimmrecht an, Vertretungen

1. des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums (3 Stimmen),
2. der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (2 Stimmen),
3. der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (2 Stimmen),
4. der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, namentlich
 - a) der Allgemeinen Ortskrankenkassen (1 Stimme),
 - b) der Betriebskrankenkassen (1 Stimme),
 - c) der Ersatzkassen (1 Stimme),
 - d) der Techniker Krankenkasse (1 Stimme),
 - e) der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (1 Stimme),
 - f) der IKK Classic (1 Stimme),

5. der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg (2 Stimmen),
6. der Kommunalen Landesverbände in Baden-Württemberg (3 Stimmen),
7. der Landesärztekammer, Landeszahnärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer und der Landesapothekerkammer (4 Stimmen),
8. der Verbände der Pflegeberufe (1 Stimme) sowie
9. der in Baden-Württemberg für die Wahrnehmung der Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen im Sinne von § 140f SGB V (2 Stimmen).

Die genannten Institutionen und Organisationen benennen hierfür jeweils eine sachkundige Person. Auf Vorschlag der Person, die den Vorsitz führt, kann der Sektorenübergreifende Landesausschuss zur Wahrnehmung seiner Aufgaben weitere Beteiligte oder Sachverständige ohne Stimmrecht hinzuziehen.

(4) Der Ausschuss berät in nichtöffentlicher Sitzung. Er entscheidet durch Beschluss. Er ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder anwesend ist. Die Beschlussfassung erfolgt durch die Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder.

(5) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium führt den Vorsitz und richtet eine Geschäftsstelle für die Koordination und Durchführung der Sitzungen des Sektorenübergreifenden Landesausschusses ein. Der Sektorenübergreifende Landesausschuss gibt sich in der Zusammensetzung der Mitglieder nach Abs. 3 Nr. 1 bis 8 eine Geschäftsordnung. Die Beschlussfassung zur Geschäftsordnung ergeht einstimmig.

§ 7

Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention, Verordnungsermächtigung

(1) Der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention erarbeitet, entwickelt, koordiniert und steuert landesweite Strategien und Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention und erarbeitet entsprechende Empfehlungen. Er orientiert sich dabei an den Gesundheitszielen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für Baden-

Württemberg, die von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium durch Rechtsverordnung festgelegt werden können.

(2) Dem Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention gehören als ständige Mitglieder insbesondere Vertretungen

1. der fachlich berührten Ministerien,
2. der Kommunalen Landesverbände,
3. der Sozialversicherungsträger (Krankenkassen, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Bundesagentur für Arbeit),
4. der Hochschulen,
5. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie
6. der Liga der freien Wohlfahrtspflege,
7. des Volkshochschulverbandes Baden-Württemberg,
8. des Landessportverbandes Baden-Württemberg und
9. der Landesstelle für Suchtfragen

an. Jedes ständige Mitglied besitzt ein Initiativ- und Stimmrecht. Expertinnen und Experten mit Gaststatus können beigezogen werden.

(3) Den Vorsitz führt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium; dort wird auch die Geschäftsstelle eingerichtet. Der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 8

Weitere Gremien

Die Zuständigkeit des Landeskrankenhausausschusses (§ 9 LKHG), des Landespflegeausschusses (§ 2 LPfIG), des Landesarbeitskreises Psychiatrie (§ 11 PsychKHG), des Landesausschusses für den Rettungsdienst (§ 4 des Rettungsdienstgesetzes – RDG – in der Fassung vom 8. Februar 2010 – GBl. S. 285 –, geändert durch Artikel 32 der Verordnung vom 25. Januar 2012 – GBl. S. 65, 68 –) sowie der Bereichsausschüsse für den Rettungsdienst (§ 5 RDG) bleibt unberührt.

§ 9

Überprüfung untergesetzlicher Gremien

Themenspezifische Beiräte, Arbeitsgruppen sowie weitere untergesetzliche Gremien im Geschäftsbereich des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums, sollen ein zeitlich, längstens für die Dauer einer Wahlperiode, begrenztes Mandat erhalten. Auf eine effiziente Gremienstruktur ist zu achten. Zu Beginn jeder Wahlperiode sind die bestehenden Gremien auf ihre Notwendigkeit und ihren Auftrag hin zu überprüfen.

§ 10

Kosten, Entschädigungen

(1) Die Kosten für die Geschäftsstellen der Landesgesundheitskonferenz, des Sektorenübergreifenden Landesausschusses und des Landesausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention trägt das Land Baden-Württemberg. Kosten, die durch die Beteiligung von Patientinnen und Patienten entstehen, werden in entsprechender Anwendung des § 140f Absatz 5 SGB V entschädigt und vom Land Baden-Württemberg getragen.

(2) Darüber hinaus entstehende Kosten für die Aufgabenerfüllung sind nach vorheriger Beschlussfassung von den stimmberechtigten Mitgliedern der jeweiligen Gremien zu tragen. Dabei sind die Grundsätze des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718, 776), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 23. Juli 2013 (BGBl. I S. 2586), in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen.

(3) Die Entschädigungen nach den Absätzen 1 und 2 werden von der jeweiligen Geschäftsstelle festgesetzt.

§ 11

Verwaltungsvorschriften

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium erlässt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

Artikel 2

Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg

§9 des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg in der Fassung vom 29. November 2007 (GBl. 2008 S. 14) wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 werden vor dem Wort „und“ die Wörter „,die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg“ eingefügt.

b) Es werden folgende Nummern 8 und 9 angefügt:

„8. die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen mit zwei Vertretern,

9. die Landesverbände der Gewerkschaften der Gesundheitsberufe mit zwei Vertretern.“

2. Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen benennen dem Ministerium die Patientenvertreter sowie deren Stellvertreter.“

Artikel 3

Änderung des Landespflegegesetzes

§ 2 des Landespflegegesetzes vom 11. September 1995 (GBl. S. 665), geändert durch Artikel 127 des Gesetzes vom 1. Juli 2004 (GBl. S. 469), wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Im ersten Satzteil werden die Wörter „von den an der pflegerischen Versorgung Beteiligten“ gestrichen.
- b) In Nummer 7 wird nach dem Wort „Betroffenen“ ein Komma eingefügt und das Wort „und“ gestrichen.
- c) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 eingefügt:

„8. die Gewerkschaften und“.
- d) Die bisherige Nummer 8 wird Nummer 9.

2. In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „8“ durch die Angabe „9“ ersetzt.

Artikel 4 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

Stuttgart, den

Die Regierung des Landes Baden-Württemberg:

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung

1. Allgemeines

Wesentliches Ziel des Landesgesundheitsgesetzes ist die Schaffung einer tragfähigen Grundlage für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg. Das Land Baden-Württemberg hat sich unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten sowie der wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens in einem mehrjährigen Prozess 2014 erstmals ein Gesundheitsleitbild gegeben.

Um den zukünftigen gesundheitspolitischen Herausforderungen – die sich aus dem demographischen Wandel, der Zunahme chronischer Erkrankungen bei gleichzeitiger Begrenzung der finanziellen Mittel ergeben – gerecht zu werden, ist eine Abkehr von der sektoralen Betrachtungsweise (i.e. getrennte Betrachtungsweise der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung) hin zu einem sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Ansatz notwendig. Deshalb soll das Zusammenwirken von Landes- und kommunaler Ebene im Bereich des Gesundheitswesens gestärkt und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit intensiviert werden. Die Bedarfsermittlung und die Identifikation von Angebotsstrukturen soll verbessert werden, dabei ist die Forderung nach bestmöglicher Qualität mit den zur Verfügung stehenden Finanzierungsmöglichkeiten in Einklang zu bringen. Gesundheitsförderung und Prävention stehen gleichberechtigt neben medizinischer Versorgung (Kuration und Rehabilitation) sowie Pflege. Parallelstrukturen sollen vermieden werden. Ausufernder Bürokratisierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens sollen entgegengewirkt werden. Bürgerinnen und Bürger gilt es in den gesamten Weiterentwicklungsprozess frühzeitig einzubeziehen. Unabdingbar ist ein „Mehr an Kommunikation“ über alle Ebenen.

Unter Beachtung der bundes- und landesrechtlichen Kompetenzordnung und der gesetzlichen Verantwortung der jeweiligen Gewährleistungsträger für die verschiedenen Versorgungsbereiche werden daher neue und bewährte Dialog- und Arbeitsformen, nämlich die

Gesundheitskonferenzen auf Landes- und Kreisebene sowie der Sektorenübergreifende Landesausschuss (nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V –) und ein Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention etabliert und auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Gesetzlich geregelt werden die Arbeitsweise, Zuständigkeit, Interaktion und Vernetzung dieser Beteiligungsgremien.

2. Ausgangslage

Die Strukturen des Gesundheitsrechts in der Bundesrepublik Deutschland sind gekennzeichnet durch bundes- und landesrechtliche Verantwortungsbereiche und die Übertragung von Planungs- und Entscheidungskompetenzen auf Selbstverwaltungskörperschaften.

Im Bereich der medizinischen Versorgung besteht eine bundesrechtliche (Gesetzgebungs-)Zuständigkeit für die ambulante Bedarfsplanung und eine landesrechtliche (Gesetzgebungs-)Zuständigkeit für die Bereitstellung von stationären Behandlungseinrichtungen.

Im ambulanten Bereich bestimmt § 72 SGB V, dass die Ärzte und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammenwirken. Hierfür schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen (als Körperschaft des Öffentlichen Rechts, denen alle Vertragsärzte angehören) mit den Verbänden der Krankenkassen Verträge, die eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sowie eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen sicherstellen. Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen einen Bedarfsplan aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen (§ 99 Absatz 1 SGB V). Ein Mitentscheidungsrecht weiterer Akteure ist nicht vorgesehen.

Die Gesetzgebungskompetenz der Versorgungsstrukturen obliegt gemäß Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes dem Bundesgesetzgeber, als Teil der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz für den Bereich der Sozialversicherung. Die beschriebenen Strukturen sind somit der Disposition des Landesgesetzgebers entzogen.

Zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung stellen die Länder Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf (§ 6 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG –

i.V.m. den §§ 4 und 11 des Landeskrankenhausgesetzes – LKHG -). Der Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg gewährleistet entsprechend der in § 1 KHG und § 1 LKHG genannten Zielsetzung eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern. Ist ein Krankenhaus im Krankenhausplan aufgenommen (Zulassungsentscheidung), ist es gemäß § 108 SGB V zur Liquidation der Behandlungskosten gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt. Daneben werden auf Grundlage des Krankenhausplans jährliche Investitionsprogramme zur Förderung des Krankenhausbaus aufgestellt (Jahreskrankenausbauprogramme und ergänzende Förderprogramme), § 11 LKHG.

Die Sicherstellungsverantwortung für die Krankenhausversorgung liegt folglich bei den Ländern.

Durchbrochen wurde diese strikte sektorale Zweiteilung 2011 von dem Bundesgesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983), welches in §90a SGB V die Möglichkeit zur Bildung eines gemeinsamen Landesgremiums vorsieht. Ziel dieser Regelung ist es, v.a. im Bereich der Bedarfsplanung von ambulanter und stationärer Versorgung ein Gremium zu schaffen, das alle relevanten Versorgungsträger und Leistungserbringer des Gesundheitswesens sowie Vertreterinnen und Vertreter von Patientinnen und Patienten miteinander vernetzt und ihnen die Möglichkeit zur Abgabe von Empfehlungen und Stellungnahmen einräumt.

Bereits seit 2011 tagte mit vergleichbarer Zielsetzung, jedoch ohne landesgesetzliche Grundlage, der Sektorenübergreifende Landesbeirat in Baden-Württemberg. Dieser wird mit dem vorliegenden Gesetz rechtlich verankert.

Für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind verschiedene Gewährleistungsträger zuständig. § 20 Absatz 1 SGB V verpflichtet die gesetzlichen Krankenversicherungen in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention vorzusehen. Welche Maßnahmen unter Präventionsmaßnahmen zu fassen sind, beschließt gemäß § 20 Absatz 1 Satz 3 SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Finanzierung wird in § 20 Absatz 2 SGB V geregelt, Ausgaben für die primäre Prävention sollen einen jährlich anzupassenden Betrag von 2,74 Euro pro Versicherten umfassen. Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist weiterhin gemäß § 20a SGB V Leistungen zur betrieblichen Ge-

sundheitsförderung zu erbringen. Weitere Maßnahmen zur Früherkennung und Vorbeugung finden sich in den §§ 20b ff SGB V.

Weitere Zuständigkeiten für die Prävention bestehen für die gesetzlichen Unfallversicherungen (§ 1 Nummer 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch), die gesetzliche Rentenversicherung (§ 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – SGB VI –). Mittelbar zur Förderung der Prävention mit dem Ziel der Verhinderung bzw. Überwindung von Pflegebedürftigkeit aufgerufen sind gemäß § 5 SGB des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) die Pflegekassen.

Auf der Ebene der Bundesländer liegt die Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und Prävention beim Öffentlichen Gesundheitsdienst. Gemäß § 1 Absatz 2 Nummer 3 des Gesundheitsdienstgesetzes (ÖGDG) haben die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung zu initiieren und zu koordinieren. Diese Aufgabe wird in § 7 ÖGDG weiter ausgeführt (wobei jedoch die Art und Weise der Koordination nicht weiter geregelt wird).

Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Akteure, der Gesundheitsförderung und Prävention, wie z.B. Unternehmen, Bildungseinrichtungen und die Kommunalpolitik. Insgesamt zeigt sich ein plurales Bild und ein vielfältiges Angebot. Durch eine bessere Vernetzung und Kooperation aller Anbieter können Redundanzen vermieden und Synergien erzielt werden.

An dieser Stelle setzt das vorliegende Gesetz an und schafft eine gesetzliche Grundlage für Gesundheitskonferenzen auf Landes- und Kommunalebene sowie den Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention. Insbesondere im Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention (und in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen für die lokale Ebene) sollen die diversen Angebote (auf Landesebene) erarbeitet, entwickelt, beraten, vorbereitet, vernetzt und koordiniert werden.

Im Elften Buch Sozialgesetzbuch ist die Pflegeversicherung geregelt. Neben der Einführung der Pflegeversicherung ist in § 9 SGB XI (deklaratorisch) geregelt, dass die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich sind. § 92 SGB XI bestimmt, dass zur

Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss für jedes Bundesland einzurichten ist.

3. Ziele des Gesetzesentwurfs

Der vorliegende Gesetzesentwurf verfolgt das Ziel, den bundes- und landesgesetzlich vorgegebenen Spielraum zur vernetzteren Zusammenarbeit zwischen den Sektoren und den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens auszuschöpfen. Hierbei geht es nicht um die Verzahnung auf der Ebene der Leistungserbringung sondern Etablierung von Strukturelementen einer Zusammenarbeit der einzelnen Akteure. Bundesrechtliche und abschließende landesrechtliche Regelungen werden nicht berührt. Inhaltlicher Anhaltspunkt und Auftrag für die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik in Baden-Württemberg ist das Gesundheitsleitbild.

Die Landesgesundheitskonferenz stellt das zentrale Gremium auf Landesebene dar. Ihr Auftrag ist es, ein Forum zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg zu bilden. Sie koordiniert und begleitet darüber hinaus die Umsetzung des Gesundheitsleitbilds. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen sollen sich auf kommunaler Ebene mit allen gesundheitspolitischen Fragen des örtlichen Bereichs befassen. Der Sektorenübergreifende Landesausschuss vernetzt v.a. im Bereich der Versorgungsplanung Kostenträger und Leistungserbringer der unterschiedlichen Sektoren sowie weitere Akteure. Für die Belange der Gesundheitsförderung und Prävention wird fortan der Landesausschuss Prävention und Gesundheitsförderung zuständig sein.

Die Gesundheitskonferenzen auf Landes- und kommunaler Ebene sowie der Landesausschuss für Prävention und Gesundheitsförderung sind Gremien der Politikberatung. Verbindliche Entscheidungen für die Gewährleistungsträger im Gesundheitswesen vermögen sie nicht zu treffen. Auch der Sektorenübergreifende Landesausschuss verabschiedet rechtlich nicht verbindliche „Empfehlungen“ und „Stellungnahmen“.

Die nun durch das Gesetz geregelten gesundheitspolitischen Gremien in Baden-Württemberg arbeiten teilweise schon seit Jahren erfolgreich. Durch die gesetzliche Manifestation sollen sie eine höhere Verbindlichkeit und klarere Strukturen erhalten. Die gesetzliche Verankerung garantiert Kontinuität der Arbeit. Gremien unterhalb der gesetzlich geregelten

Ausschussebene sollen regelmäßig auf ihren Arbeitsauftrag hin überprüft werden, um einer wuchernden Gremienvielfalt Einhalt zu gebieten.

Die Weiterentwicklung des baden-württembergischen Gesundheitswesens kann nur in einem fortwährenden Dialog mit allen Akteuren sowie den Bürgerinnen und Bürgern selbst gelingen. Bei allen normierten Gremien sind daher Vertretungen der Patientinnen und Patienten bzw. Bürgerinnen und Bürger zu beteiligen. Auf Landes- und kommunaler Ebene können darüber hinaus Gesundheitsdialoge zu gesundheitspolitischen Themen durchgeführt werden.

II. Wesentlicher Inhalt

1. Allgemeine Bestimmungen

Geregelt werden allgemeine Bestimmungen zu Zweck und Maßnahmen sowie der strategischen Ausrichtung des Gesetzes. Ziel ist die Gewährleistung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung in ganz Baden-Württemberg. Gelingen soll dies durch eine stärkere Vernetzung der gesundheitspolitischen Akteure an den Schnittstellen der Sektoren, eine stärkere Regionalisierung und eine bessere Patienten- und Bürgerorientierung. Die Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention stehen gleichberechtigt neben medizinischer Versorgung und Pflege.

2. Beteiligungsverfahren

Bürger- und Patientenbeteiligung sowie die Beteiligung der Vertretungen der nichtärztlichen Berufe des Gesundheitswesens und der Pflege soll auf allen Ebenen des vorliegenden Gesetzes gewährleistet werden. Das Gesetz nennt exemplarisch mögliche Beteiligungsfelder.

Unter der Überschrift „Gesundheitsdialog“ wird herausgestellt, dass Fachleute, Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten je nach Thema in Fach- und Bürgerdialogen an der Weiterentwicklung des baden-württembergischen Gesundheitswesens beteiligt werden können. Den Auftrag hierzu können sie nach Abstimmung aus den Kommunalen Gesundheitskonferenzen oder der Landesgesundheitskonferenz erhalten.

3. Gremien

Als zentrales Gremium wird die Landesgesundheitskonferenz rechtlich verankert. Diese wird fortan mindestens einmal jährlich unter Federführung der bzw. des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerin oder des Ministers einberufen und bildet ein Koordinations- und Beratungsgremium für gesundheitspolitische Fragen grundsätzlicher Bedeutung, z.B. der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg allgemein sowie der Koordinierung der Umsetzung des Gesundheitsleitbildes. Aufgrund des oben dargestellten Kompetenzgefüges im Gesundheitsrecht kann die Landesgesundheitskonferenz keine bindenden Beschlüsse fassen, jedoch Empfehlungen an die zuständigen Gremien, kommunalen Entscheidungsträger oder den Landes- oder Bundesgesetzgeber richten. Die Beteiligten sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die Umsetzung hinwirken. Die Landesgesundheitskonferenz setzt sich zusammen aus Vertretungen der Kostenträger und Leistungserbringer, der berufsständischen Kammern, der Wissenschaft, der kommunalen Landesverbände, der kommunalen Gesundheitskonferenzen, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Berufsverbände der Gesundheits- und Pflegeberufe, der Gewerkschaften sowie aus der Patienten- und Bürgerschaft. Auf detaillierte Verfahrensregeln wurde verzichtet, die Organisationshoheit liegt insoweit bei der Landesgesundheitskonferenz selbst, die sich eine Geschäftsordnung gibt.

Weiterhin werden die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (die schon seit 2010 in einzelnen Land- und Stadtkreisen eingerichtet wurden) gesetzlich verankert und verpflichtend ausgestaltet. Kommunale Gesundheitskonferenzen beraten, koordinieren und vernetzen Fragen der gesundheitlichen Versorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention, der Pflege und der Rehabilitation mit örtlichem Bezug. Es sollen kommunale Ziele für die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung und Pflege entwickelt werden. Gesundheit bildet einen wichtigen Standortfaktor der Kommunalentwicklung, die Kommunalen Gesundheitskonferenzen können hierfür das steuernde und koordinierende Gremium darstellen. Erarbeitete Empfehlungen mit überregionalem Bezug können über die kommunalen Landesverbände in die zuständigen gesundheitspolitischen Gremien auf Landesebene eingebracht werden.

In Ausfüllung der bundesgesetzlichen Regelungsgrundlage in § 90a SGB V wird in Baden-Württemberg als gemeinsames Gremium an den Schnittstellen des ambulanten und stationären Sektors der Sektorenübergreifende Landesausschuss gesetzlich verankert. Unter

Vorsitz des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums beraten Vertretungen von Kostenträgern und Leistungserbringern, der Heilberufekammern, der Kommunalen Landesverbände, der Verbände der Pflegeberufe sowie Patientenorganisationen insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen und können Empfehlungen abgeben. Zu Fragen der Bedarfsplanung kann Stellung genommen werden.

Es wird ein Landesausschuss für Prävention und Gesundheitsförderung etabliert. Ihm gehören Vertretungen der fachlich berührten Landesministerien, der kommunalen Landesverbände, der Sozialversicherungsträger, der Wissenschaft, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Landessport- und Volkshochschulverbandes sowie der Landesstelle für Suchtfragen an. Weitere Beteiligte können mit Gaststatus hinzugezogen werden. Seine Aufgabe ist die Koordination und Steuerung landesweiter Strategien und Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention. Orientierungshilfe ist das Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg.

Klargestellt wird, dass die Zuständigkeit weiterer auf Landesebene tätiger Gremien nicht berührt wird.

Im gesundheitspolitischen Bereich in Baden-Württemberg gibt es eine Reihe untergesetzlicher Gremien im Geschäftsbereich des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums. Diese Arbeitsgemeinschaften, Beiräte etc. sollen einen klaren Auftrag erhalten und fortan zu Beginn jeder Legislaturperiode auf ihren Auftrag hin untersucht werden.

Im Rahmen des Landesgesundheitsgesetzes wird auch die Zusammensetzung des Landeskrankenhausausschusses sowie des Landespflegeausschusses angepasst. Im Landeskrankenhausausschuss erhalten zwei Vertreterinnen und Vertreter der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen eine ständige Mitgliedschaft. Ebenso werden die Gewerkschaften der Gesundheitsberufe mit zwei Vertreterinnen und Vertretern berücksichtigt, weiterhin wird künftig eine Vertretung der Psychotherapeutenkammer ständiges Mitglied im Landeskrankenhausausschuss sein. Im Landespflegeausschuss wird der notwendigen Stärkung der Stellung und Wertschätzung der Pflegeberufe in der Gesellschaft durch eine Einbindung der Gewerkschaften in den Landespflegeausschuss Rechnung getragen.

4. Schlussbestimmungen

In den Schlussbestimmungen finden sich Regelungen über die Tragung der bei der Durchführung des Gesetzes entstehenden Kosten sowie die Ermächtigung zum Erlass von Verwaltungsvorschriften und die Regelung zum Inkrafttreten des Gesetzes.

III. Alternativen

Die Alternative wäre die Beibehaltung des bestehenden Rechtszustandes, d.h. keine gesetzliche Regelung der Koordinations- und Beteiligungsgremien. Vor dem Hintergrund der Gremienkontinuität und des hohen Stellenwerts der Vernetzung im Bereich der Gesundheitspolitik ist die Schaffung von Rechtssicherheit und die Klarstellung des Auftrages zur vernetzteren Gesundheitsplanung evident.

IV. Wesentliche Ergebnisse der Regelungsfolgenabschätzung und Nachhaltigkeitsprüfung

Das Gesetzgebungsvorhaben betrifft verfahrensrechtliche Regelungen, die zum Ziel haben, die Gesundheitspolitik in Baden-Württemberg mit den beteiligten Akteuren zu koordinieren, vernetzen, beraten und Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten in diese Prozesse einzubeziehen. Die Rechtsfolgenabschätzung und Nachhaltigkeitsprüfung beschränken sich daher auf die Bereiche Regelungsbedarf, Wirtschaft und öffentliche Haushalte.

Eine gesetzliche Regelung der wesentlichen gesundheitspolitischen Gremien Baden-Württembergs ist sinnvoll, da hierdurch bereits seit langem arbeitende Gremien auf eine verlässliche Rechtsgrundlage gestellt werden. Durch die damit hergestellte Verbindlichkeit wird die Arbeit der Gremien letztlich vereinfacht. Koordinierende Absprachen der Akteure des Gesundheitswesens (mit Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten) können die Umsetzbarkeit von Vorhaben auf höheren (Entscheidungs-)Ebenen antizipieren und dadurch (auch) Kosten sparen. Eine Verlängerung der Verfahrensdauer ist im Ergebnis nicht zu befürchten, da bereits Absprachen im Vorfeld das Verfahren in den (bundes-) gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsgremien beschleunigen können.

Durch das Landesgesundheitsgesetz werden Kommunen besser mit den Entscheidungsträgern auf Landesebene vernetzt. Dies ist vor allem deshalb sinnvoll, da Gesundheitspoli-

tik auch eine wesentliche Frage der kommunalen Angelegenheiten darstellt und die Kommunen durch eine bessere Vernetzung mehr Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Gesundheitsplanung erhalten.

Die gesetzliche Verankerung der verstärkten Bürger- und Patientenbeteiligung tragen dem gesellschaftlichen Wandel Rechnung. Bürger und Patienten wollen nicht mehr nur angehört, sondern auch bei der Entscheidungsfindung beteiligt werden. Dies geschieht in vorliegendem Gesetzentwurf im Rahmen von Kommunalen Gesundheitskonferenzen, der Landesgesundheitskonferenz, dem Sektorenübergreifenden Landesausschuss, dem Landeskrankenhausausschuss und in den Gesundheitsdialogen.

Kosten für die öffentlichen Haushalte entstehen für die Einrichtung der Geschäftsstellen der nunmehr gesetzlich geregelten Gremien sowie für die Durchführung der jeweiligen Sitzungen, diese werden aus dem EP 09 finanziert.

Obgleich das Thema „Gesundheit“ einen immer wichtiger werdenden Standortfaktor für die Kommunalentwicklung darstellt und daher im ureigenen Interesse der Kommunen steht, wird die Durchführung Kommunalen Gesundheitskonferenzen für die Land- und Stadtkreise mit eigenen Gesundheitsämtern (§ 2 Absatz 1 Nr. 3 ÖGDG in der jeweils geltenden Fassung) als verpflichtende Aufgabe eingeführt. In der Folge sind gem. Art. 71 Abs. 3 Satz 2 Landesverfassung Baden-Württemberg Bestimmungen über die Deckung der Kosten zu treffen. Kosten für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen entstehen im Wesentlichen für die Geschäftsstellen in den Gesundheitsämtern der Land- und Stadtkreise. Nach der Neufassung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (xxx) werden die dort aus der Aufgabenreduzierung im amts- und gerichtsärztlichen gutachterlichen Bereich freiwerdenden Personalkapazitäten im (vergleichbaren) höheren Dienst für die zukünftigen Schwerpunkte des ÖGD – zu dem auch die Geschäftsführung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen zählt – eingesetzt. Die Ressourcenfreisetzung von weiteren Stellen im (vergleichbaren) mittleren und gehobenen Dienst - Personal in den Landkreisen und Städten - sowie sächlicher Mittel aus der FAG-Zuweisungen des Landes für die Aufgabe „amtsärztlicher Dienst“ kann von Seiten des Landes nicht im Einzelnen beziffert werden, finden allerdings ebenso in den neuen Schwerpunkten eine entsprechende Verwendung. Ein vergleichsweise erhöhter Finanzbedarf entsteht den Kreisen mithin nicht. Die Kosten für die sonstigen Sachmittel (Werbung, Raummiete, Aufwandsentschädigungen) sind vernachlässigbar und stellen – unter Zugrundelegung der Bagatellgrenze des § 3 Abs. 11 Konnexi-

tätsausführungsgesetz – keine wesentliche Mehrbelastung für die Land- und Stadtkreise dar, so dass keine Verpflichtung des Landes zum Ausgleich nach Art. 71 Absatz 3 der Landesverfassung Baden-Württemberg besteht. Gleichwohl kann das Land Kommunale Gesundheitskonferenzen über die genannte Finanzierung hinaus projektbezogen fördern und so die Kommunen bei der Erledigung dieser speziellen Aufgabe entlasten.

Die Sachkosten für den Sektorenübergreifenden Landesausschuss und den Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention sind vernachlässigbar. Für die Landesgesundheitskonferenz, und die dazugehörigen Gesundheitsdialoge entstehen jährliche Sachkosten von ca. 35 000 Euro.

Die Kosten der Beteiligung der Patientinnen und Patienten sowie der Bürgerinnen und Bürger in der Landesgesundheitskonferenz und dem Sektorenübergreifenden Landesausschuss werden entsprechend der Regelung des § 140f Absatz 5 SGB V übernommen. Zu erwarten sind hier Mehrausgaben i.H.v. 1 000 Euro pro Kalenderjahr.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1: Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz – LGG BW)

zu § 1 Gesetzeszweck

zu Absatz 1

Absatz 1 benennt den Zweck des Gesetzes – Gewährleistung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Gesundheitsversorgung in ganz Baden-Württemberg. Die Zweckbestimmung ist dem Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg entnommen, das 2014 unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger sowie der wesentlichen Akteure des baden-württembergischen Gesundheitswesens entwickelt und veröffentlicht wurde.

In Satz 3 ist das Gesundheitsleitbild explizit erwähnt und ein Auftrag an die Politik formuliert, ein Leitbild zu entwickeln und fortzuschreiben. Dieses Leitbild soll als Orientierungsrahmen für die Gesundheitspolitik des Landes dienen.

Zur Erreichung der Zweckbestimmung werden auch Strukturen benötigt, die die Umsetzung fördern und begleiten. Diese werden mit den folgenden Regelungen geschaffen.

zu Absatz 2

Absatz 2 stellt (deklaratorisch) fest, dass bundes- und landesrechtliche Regelungen von dem Anwendungsbereich des Gesetzes unberührt bleiben, soweit sie eine abschließende Regelung treffen.

zu § 2 Beteiligung, Gesundheitsdialog

zu Absatz 1

Betroffene Patientinnen und Patienten, Bürgerinnen und Bürger sowie weitere Betroffene (z.B. aus der Ärzteschaft, Politik und Verwaltung) sollen verstärkt an Beratungen gesundheitspolitischer Fragen beteiligt werden. Dies kann zum einen im Rahmen von strukturierten Gesundheitsdialogen, die von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium oder den Land- und Stadtkreisen durchgeführt werden, geschehen (vgl. § 4 Absatz 4 und § 5 Absatz 5 dieses Gesetzes), weiterhin sollen sie in den durch dieses Gesetz geregelten Gremien Mitberatungs- und größtenteils auch Stimmrechte erhalten.

Der Bundesgesetzgeber hat in § 140f SGB V eine Regelung zur Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen in Fragen der medizinischen Versorgung getroffen. Sie erhalten fortan Mitberatungs- und Antragsrechte, die durch benannte sachkundige Personen wahrgenommen werden. Für den Regelungsbereich dieses Gesetzes bestimmt § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V eine Beteiligung von Patientenvertretungen mit Stimmrecht im Sektorenübergreifenden Landesausschuss (gemäß § 90a SGB V). Das Landesgesundheitsgesetz möchte die Patientenbeteiligung auch auf Landesebene sicherstellen. Es bestimmt über die bundesgesetzliche Regelung des § 140f SGB V hinaus, dass Patien-

tenvertretungen in der Landesgesundheitskonferenz, den Kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie den weiteren (einzurichtenden) Gremien beteiligt werden.

Darüber hinaus können Bürgerinnen und Bürger aber auch im Rahmen der überkommenen kommunalrechtlichen Strukturen an der Beratung und Entscheidung über gesundheitspolitisch relevante Fragen beteiligt werden, z.B. nach den §§ 20 und 20a der Gemeindeordnung (GemO), § 17 der Landkreisordnung (LKrO). Insbesondere kommen hier die Unterrichtungspflichten der Einwohner bei bedeutsamen Angelegenheiten der Gemeinde/ des Landkreises sowie die entsprechenden Äußerungsmöglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger (§ 20 GemO, § 17 LKrO) in Betracht. Gemäß § 20 GemO, § 17 LKrO sind die Bürgerinnen und Bürger vom Gemeinderat/dem Kreistag über die allgemein bedeutsamen Angelegenheiten der Gemeinde – also auch Fragen der gesundheitlichen Versorgung - zu unterrichten. Bei wichtigen Planungen und Vorhaben der Gemeinde, die unmittelbar raum- und entwicklungsbedeutsam sind oder das wirtschaftliche, soziale und kulturelle Wohl der Einwohner nachhaltig berühren, sollen die Einwohner möglichst frühzeitig über Ziele, Zwecke und Auswirkungen unterrichtet werden. Sofern ein besonderes Bedürfnis besteht, soll den Bürgerinnen und Bürgern allgemein Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden.

zu Absatz 2

Ebenso wie in Absatz 1 wird eine umfangreiche Beteiligung nichtärztlicher Berufe im Gesundheitswesen sowie der Pflege im Regelungsbereich des vorliegenden Gesetzes angestrebt. Umgesetzt wird dies explizit in der Besetzung der Landesgesundheitskonferenz (§ 4), den Kommunalen Gesundheitskonferenzen (§ 5) und des Sektorenübergreifenden Landesausschusses (§ 6).

zu Absatz 3

Absatz 3 zählt exemplarisch auf, bei welchen Belangen eine Beteiligung der in Abs. 1 und 2 genannten Gruppen in Betracht kommt:

1. bei der Erarbeitung und Fortschreibung des Gesundheitsleitbildes,
2. bei der Erarbeitung und Fortschreibung von Gesundheitszielen,

3. bei Planungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung, die einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger haben,
4. bei der Erarbeitung von Konzepten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Gesetzliche Entscheidungsbefugnisse werden hierdurch nicht tangiert.

zu Absatz 4

In Absatz 4 findet der Gesundheitsdialog Baden-Württemberg seine gesetzliche Verankerung. Im Rahmen des Beteiligungsformats „Gesundheitsdialog“ werden Fachleute, Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten in je nach Thema unterschiedlicher Zusammensetzung in Fach- oder Bürgerdialogen an der Weiterentwicklung des baden-württembergischen Gesundheitswesens beteiligt.

In Nummer 1 wird der Fachdialog definiert, in Nummer 2 der Bürgerdialog.

Die Dialoge können sowohl auf der Landesebene als auch auf kommunaler Ebene stattfinden. Möglich ist auch eine Kombination aus Fach- und Bürgerdialogen.

Gesundheitsdialoge können insbesondere von der Landesgesundheitskonferenz oder den Kommunalen Gesundheitskonferenzen durchgeführt werden (siehe dazu § 4 Absatz 4 und § 5 Absatz 5 dieses Gesetzes). Bezüglich der Durchführung eines Dialogs hat das Sozialministerium 2014 eine „Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen“ als Orientierungshilfe herausgegeben.

zu § 3 Maßnahmen zur Verwirklichung der Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen

Diese Vorschrift verweist auf den Regelungsgehalt des § 12 des Chancengleichheitsgesetzes vom 11. Oktober 2005 (GBl. S. 650) in der jeweils geltenden Fassung.

zu § 4 Landesgesundheitskonferenz

zu Absatz 1

Die Landesgesundheitskonferenz hat die Aufgabe, als zentrales Gremium das Gesundheitswesen in Baden-Württemberg beständig fortzuentwickeln. Der Zweck des vorliegenden Gesetzes – stärkere Regionalisierung und Gewährleistung einer bedarfsgerechten, patientenorientierten, qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung in ganz Baden-Württemberg – steht hierbei im Vordergrund. Die Landesgesundheitskonferenz koordiniert und vernetzt die beteiligten Akteure und bietet ein Forum zur Diskussion. Es können gemeinsame Stellungnahmen erarbeitet sowie Empfehlungen abgegeben werden.

Um der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz - als fortan koordinierendes und steuerndes gesundheitspolitisches Gremium in Baden-Württemberg - Kontinuität zu verleihen, wird das Gremium im Landesgesundheitsgesetz gesetzlich verankert. Aufgrund der klaren Kompetenzverteilung durch höherrangiges Bundesrecht kann die Landesgesundheitskonferenz keine rechtlich verbindlichen Beschlüsse fassen. Jedoch kann sie an „einem Tisch“ mit den wesentlichen Akteuren des Gesundheitswesens Empfehlungen aussprechen, auf deren Umsetzung die Beteiligten im Rahmen ihrer Möglichkeiten hinwirken. Um Doppelstrukturen und inhaltliche Überschneidungen zu vermeiden, wird sie eng mit den weiteren gesundheitspolitischen Fachgremien zusammenarbeiten. Die Zuständigkeitsbereiche des Sektorenübergreifenden Landesausschusses, des Landespflegeausschusses, des Landeskrankenhausausschusses und des Landesausschusses für den Rettungsdienst bleiben dabei unberührt.

zu Absatz 2

Der Teilnehmerkreis ist nicht auf die Repräsentanten der genannten Institutionen begrenzt. Es können (auch themenbezogen) weitere Teilnehmer berufen werden. Näheres hierzu ist in der Geschäftsordnung zu regeln. Die ständigen Mitglieder haben ein Stimm- und Initiativrecht. Vorgeschlagene Themen sind von den Initianten vorzubereiten.

zu Absatz 3

Zur Vermeidung redundanter Strukturen und Nutzung der fachlichen und inhaltlichen Kompetenz der zahlreichen gesundheitspolitischen Gremien im Zuständigkeitsbereich des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums (insbesondere des Sektorenübergreifenden Landesausschusses, des Landeskrankenhausausschusses, des Landespflegeausschusses und des Landesarbeitskreises Psychiatrie), ist eine enge Vernetzung in Sachfragen wünschenswert. Die Landesgesundheitskonferenz soll sich daher ausdrücklich der Expertise der anderen Fachgremien bedienen. Die Landesgesundheitskonferenz kann bei ihr eingehende Anfragen etc. an die entsprechenden zuständigen Ausschüsse und Gremien zur Befassung weiterleiten und Stellungnahmen einholen. Die Landesgesundheitskonferenz kann eigene Arbeitsgruppen einrichten, sofern kein bestehendes Gremium bereits in vergleichbarer Weise mit dem zu bearbeitenden Thema befasst ist. Bundesgesetzliche Regelungen bleiben unberührt.

Sie kann in ihrem Aufgabenbereich Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten beteiligen, z.B. im Rahmen von Gesundheitsdialogen (siehe Absatz 4) oder im Rahmen des „Statussymposiums“.

zu Absatz 4

Die Landesgesundheitskonferenz kann in Abstimmung mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium Gesundheitsdialoge (§ 2 dieses Gesetzes) durchführen. (Rechtlich nicht bindende) Empfehlungen können erarbeitet werden. Über sie hat die Landesgesundheitskonferenz Beschluss zu fassen.

zu Absatz 5

Die wesentlichen Verfahrensfragen und Fragen zum Teilnehmerkreis sind in der Geschäftsordnung zu regeln.

zu Absatz 6

Die Geschäftsstelle der Landesgesundheitskonferenz wird bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium angesiedelt.

zu § 5 Kommunale Gesundheitskonferenzen

Die in den letzten Jahren in den meisten Land- und Stadtkreisen etablierten Kommunalen Gesundheitskonferenzen werden gesetzlich verankert und durch die verpflichtende Ausgestaltung verstetigt. Ziel ist es, kommunalen Sachverstand und umfassendes fachliches Wissen zusammenzuführen und die Bürgerinnen und Bürger dabei miteinzubeziehen. Das Thema „Gesundheit“ stellt einen zunehmenden Standortfaktor für die Kommunalentwicklung dar. In den Land- und Stadtkreisen leben die Menschen, um deren Gesunderhaltung und gesundheitliche Versorgung es geht. Gesundheitsförderung in den konkreten Lebenswelten wird auch in Zukunft ein wichtiger Bestandteil attraktiver Kommunalentwicklung bleiben.

zu Absatz 1

In den Land- und Stadtkreisen, in denen gem. § 2 Absatz 1 Nr. 3 ÖGDG (in der jeweils geltenden Fassung) Gesundheitsämter als untere Gesundheitsbehörden verortet sind, sind verpflichtend Kommunale Gesundheitskonferenzen einzurichten. Den übrigen Stadtkreisen steht die Einrichtung frei. Hierdurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Stadtkreise, in denen Landratsämter ihren Sitz haben, über kein eigenes Gesundheitsamt verfügen, sondern in der Regel die jeweiligen Landratsämter für die Aufgaben des Gesundheitsamtes zuständig sind. Gesundheitskonferenzen können auch kreisübergreifend einberufen werden. Die Geschäftsführung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen obliegt gem. § 6 Abs. 3 der Neufassung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (xxx) den Gesundheitsämtern. Insbesondere durch die Aufgabenwahrnehmung in den Themenfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung eignen sich die Gesundheitsämter in besonderem Maße für die Wahrnehmung der Geschäftsführung und Koordinierung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen.

zu Absatz 2

Kommunale Gesundheitskonferenzen werden einberufen, um kommunale Ziele für die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, medizinische Versorgung sowie Pflege zu diskutieren, zu entwickeln bzw. Aktivitäten der beteiligten Akteure in den betreffenden Bereichen zu koordinieren. Hierfür ist eine enge Vernetzung mit den zuständigen Gewährleistungs-

trägern und den verschiedenen Institutionen vor Ort erforderlich. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen können auch öffentliches Diskussionsforum für Gesundheitsbelange aus den aufgezählten Bereichen der Bürgerinnen und Bürger sein.

Ein wichtiges Instrument der Kommunalen Gesundheitskonferenz zur Entwicklung kommunaler Ziele stellen auch die sog. „Kreisstrukturgespräche“ und die Fachplanung Gesundheit dar. Diese befassen sich ganz gezielt mit der Bedarfsplanung der Versorgung vor Ort. Die (Beratungs-)Ergebnisse werden an die Kommunale Gesundheitskonferenz weitergegeben und dort beraten und ggf. verabschiedet, auch insoweit ist auf § 6 der Neufassung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (xxx) hinzuweisen.

zu Absatz 3

Entscheidend für das Gelingen einer Kommunalen Gesundheitskonferenz ist die Vernetzung mit der Landesebene, dort, wo relevante Planungen vorgenommen werden oder Einfluss auf die Bundesebene genommen werden kann. Um ein möglichst effizientes Vorgehen bei der Auswertung und Einbringung der Ergebnisse der Kommunalen Gesundheitskonferenz zu gewährleisten, soll die Vernetzung mittels der kommunalen Landesverbände (die mit Sitz und Stimme sowohl im Sektorenübergreifenden Landesausschuss, § 6 dieses Gesetzes, in der Landesgesundheitskonferenz, § 4 dieses Gesetzes, im Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention, § 7 dieses Gesetzes, vertreten sind) erfolgen.

Sinnvoll ist auch, dass sich Vertretungen der lokalen Kommunalen Gesundheitskonferenzen auf der fachlichen Ebene miteinander austauschen; dies kann im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Dienstbesprechungen beim Landesgesundheitsamt geschehen.

zu Absatz 4

Auf eine gesetzliche Regelung der genauen Zusammensetzung und des Stimmengewichts der einzelnen Beteiligten der Kommunalen Gesundheitskonferenz wird bewusst verzichtet, um eine an den örtlichen Gegebenheiten und der Sachthematik orientierte, flexible Zusammensetzung zu gewährleisten. Es wird empfohlen, um einen festen Stamm von Teilnehmenden herum Expertenwissen und die Sicht sachkundiger Bürgerinnen und Bürger einzubeziehen.

zu Absatz 5

Auftrag der Kommunalen Gesundheitskonferenz kann weiterhin sein, Gesundheitsdialoge vorzubereiten.

Gesundheitsdialoge – als Fach- und Bürgerdialoge (§ 2 Absatz 2 dieses Gesetzes) – können von den Kommunalen Gesundheitskonferenzen im Rahmen ihrer Zuständigkeit und in Abstimmung mit den kommunalen Entscheidungsträgern durchgeführt werden. Empfehlungen können erarbeitet werden, sie sollten den jeweiligen kommunalpolitischen Entscheidungsträgern zugeleitet werden, sind für diese aber nicht verbindlich. Mit den Bürgerdialogen sollen explizit Bürgerinnen und Bürger in die Diskussion gesundheitspolitischer Themen einbezogen werden.

Bezüglich der Durchführung wird auf die Broschüre „Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen“ (herausgegeben vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren und dem Regierungspräsidium Stuttgart, 2014) verwiesen.

Bürgerbeteiligung auf kommunaler Ebene kann auch im Rahmen der allgemeinen kommunalrechtlichen Beteiligungsmöglichkeiten stattfinden, siehe dazu bereits die Ausführungen weiter oben bei § 2 Absatz 2 dieses Gesetzes.

zu Absatz 6

Der Vorsitz der Kommunalen Gesundheitskonferenz soll der Landrätin/dem Landrat bzw. der Oberbürgermeisterin/dem Oberbürgermeister obliegen. Üblicherweise leitet und moderiert die Vorsitzende/der Vorsitzende die Sitzungen, jedoch steht es dem Gremium frei, sich auch auf eine externe Moderation zu verständigen.

zu § 6 Sektorenübergreifender Landesausschuss

zu Absatz 1

In Ausfüllung der bundesgesetzlichen Ermächtigung in § 90a SGB V (geschaffen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 – BGBl. I S. 2983 –) wird der Sektorenübergreifende Landesbeirat, der bereits seit 2011 in Baden-Württemberg tätig ist, gesetzlich geregelt.

Zur Vereinheitlichung der Bezeichnung der verschiedenen landesrechtlich geregelten gesundheitspolitischen Gremien in Baden-Württemberg wird er fortan als „Sektorenübergreifender Landesausschuss“ bezeichnet.

zu Absatz 2

Ziel ist die Einrichtung eines effizienten und zielgerichtet arbeitenden Gremiums. Die Themenfindung soll an Aufgaben und Zielen orientiert werden, Schnittmengen zu anderen Gremien sollen vermieden werden.

Der Sektorenübergreifende Landesausschuss berät aufgrund seines bundesgesetzlichen Auftrags sektorenübergreifende Versorgungsfragen und spricht gegebenenfalls Empfehlungen aus. Sektorenübergreifend meint, dass mindestens zwei Sektoren – üblicherweise der ambulante und der stationäre Bereich – betroffen sein müssen. Die jeweils zuständigen Stellen (z.B. Landeskrankenhausausschuss gemäß § 9 LKHG, Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Baden-Württemberg gemäß § 90 Absatz 1 SGB V) haben sich bei ihren Entscheidungen mit den Empfehlungen inhaltlich im Rahmen ihres Beurteilungsermessens (ausreichend dokumentiert) auseinanderzusetzen, die Empfehlungen besitzen allerdings keine unmittelbare Verbindlichkeit. Bundes- und landesgesetzlich vorgesehene Entscheidungskompetenzen im stationären und ambulanten Bereich bleiben unberührt.

Weiterhin kann der Sektorenübergreifende Landesausschuss allgemeine Fragen der gesundheitlichen Versorgung sowie der Entwicklung (regionenbezogener) medizinischer Versorgungsstrukturen beraten und hierzu Empfehlungen abgeben. Das gleiche gilt für Fragen an den Schnittstellen zwischen Rehabilitation und Pflege.

Dem Sektorenübergreifenden Landesausschuss wird darüber hinaus Gelegenheit gegeben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 SGB V und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz

2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 SGB V sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V Stellung zu nehmen. Dies entspricht der bundesgesetzlichen Ermächtigung in § 90a Absatz 2 SGB V. Hierdurch kann der Transfer der besprochenen Themen und verabschiedeten Empfehlungen in die zuständigen Entscheidungsgremien stattfinden, ohne einen verbindlichen Charakter zu besitzen. Die Stellungnahmen sind von den zuständigen Gremien bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.

Empfehlungen und Stellungnahmen des Sektorenübergreifenden Landesausschusses können mittelbar über die Länder Bedeutung erlangen, die nach § 92 Absatz 7e SGB V bei Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Fragen der Bedarfsplanung ein Mitberatungsrecht haben. Insofern spielt auch die Einbindung der Kommunalen Landesverbände als ständige, stimmberechtigte Mitglieder eine große Rolle. Über den Weg des Sektorenübergreifenden Landesausschusses kann auch die kommunale Ebene, die im Bereich der Gesundheitsversorgung – insbesondere im ambulanten Bereich – nur wenig in die bundesgesetzlichen Verfahren eingebunden ist, Einfluss nehmen und eigene Aspekte einbringen.

Die Empfehlungen des Sektorenübergreifenden Landesausschusses sind gemäß § 12 Absatz 3 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in den Bedarfsplänen darzustellen, soweit sich hieraus Besonderheiten ergeben.

zu Absatz 3

Neben den bereits in § 90a SGB V ausdrücklich genannten Mitgliedern (Vertretungen des Landes, Kassenärztliche Vereinigung, Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, Landeskrankenhausgesellschaft) gehören dem Sektorenübergreifenden Landesausschuss Vertretungen der kommunalen Landesverbände Baden-Württembergs (Landkreistag, Städtetag, Gemeindetag), Vertretungen der vier Heilberufekammern sowie Vertretungen der in Baden-Württemberg für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen als ständige stimmberechtigte Mitglieder an.

Auf Regelungen zur Bestellung der einzelnen Mitglieder wurde verzichtet. Es liegt im Verantwortungsbereich der Institutionen, welche Personen sie in den Sektorenübergreifenden Landesausschuss entsenden.

Auf Vorschlag der Vorsitzenden bzw. des Vorsitzenden kann der Sektorenübergreifende Landesausschuss zur Wahrung seiner Aufgaben weitere Beteiligte (z.B. Berufsverbände, weitere Sozialversicherungsträger, Jugendhilfeträger) oder Sachverständige – ohne Stimmrecht - hinzuziehen.

zu Absatz 4

Der Sektorenübergreifende Landesausschuss entscheidet durch Beschluss. Beschlussfähigkeit liegt vor, wenn die Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder anwesend ist. Ein Beschluss erfordert die Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder (derzeit 13 Stimmen). Die Stimmverteilung auf die einzelnen Mitglieder ergibt sich aus Abs. 3 Nr. 1 bis 9.

Um eine unbeeinflusste und ergebnisoffene Arbeitsweise zu garantieren, sind die Sitzungen nichtöffentlich.

zu Absatz 5

Auf detaillierte Verfahrensregelungen für den Sektorenübergreifenden Landesausschuss wird verzichtet, um eine flexible Arbeitsweise zu ermöglichen. Es ist vorgesehen, dass sich der Sektorenübergreifende Landesausschuss eine Geschäftsordnung gibt, die insbesondere regeln soll: Verfahrensfragen (wie beispielsweise die Beschlussfähigkeit), Abstimmungsmodalitäten, Verfahren zur Hinzuziehung Sachverständiger etc. Die Beschlussfassung zur Geschäftsordnung erfordert Einstimmigkeit.

Der Vorsitz des Sektorenübergreifenden Landesausschusses liegt bei dem für die Gesundheit zuständigen Ministerium. Zur Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit des Gremiums wird eine Geschäftsstelle eingerichtet.

zu § 7 Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention, Verordnungsermächtigung

Tragendes Prinzip des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg ist die Gleichwertigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention neben medizinischer Versorgung und Pflege.

Von Geburt an soll allen Menschen in Baden-Württemberg eine gesundheitsförderliches Aufwachsen und Leben ermöglicht werden. Um dieser Stellung gerecht zu werden und den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention effizient in der Gesundheitspolitik Baden-Württembergs zu verankern, wird der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention gebildet. Die Ziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich nur erreichen, wenn die Akteure des Gesundheitswesens, Beteiligte aus Wirtschaft, Bildung, Umwelt- und Naturschutz sowie weitere gesellschaftlichen Gruppen konzertiert zusammenwirken. Vor allem aber auch eine Vernetzung in die kommunalen Gesundheitskonferenzen hinein trägt zu einer erfolgreichen Umsetzung bei.

zu Absatz 1

Der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention erarbeitet, entwickelt, koordiniert und steuert landesweite Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention. Er orientiert sich dabei an den Gesundheitszielen des Landes Baden-Württemberg im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Da die „Gesundheitsziele“ im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention keine statischen Vorgaben darstellen, sondern einer ständigen Weiterentwicklung und Fortschreibung bedürfen, sind sie außerhalb dieses Gesetzes in Form einer Rechtsverordnung festzuschreiben. Gemäß § 2 Absatz 1 dieses Gesetzes sollen bei der Entwicklung die Bürgerinnen und Bürger beteiligt werden. Die Ermächtigungsgrundlage zum Erlass der Rechtsverordnung durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium findet sich in § 7 Absatz 1 dieses Gesetzes.

Die Einrichtung des Landesausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention verfolgt den Zweck, die Kooperationspartner zu vernetzen und Ressourcen zu bündeln. Der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention kann Arbeitsgemeinschaften und Untergremien bilden bzw. bestehende untergesetzliche Gremien beauftragen, Themen aus den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention zu bearbeiten und entsprechende Empfehlungen vorzubereiten. Die Empfehlungen sind für die Akteure nicht verbindlich, die Beteiligten wirken an der Umsetzung im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit.

zu Absatz 2

Die Aufzählung der Mitglieder des Landesausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention ist nicht abschließend. Nicht geregelt wird auch die Auswahl und Bestellung der einzelnen Mitglieder. Nähere Regelungen sind in der Geschäftsordnung zu treffen. Ständige Mitglieder besitzen ein Initiativ- und Stimmrecht. Über die benannten Mitglieder hinaus können je nach zu bearbeitendem Thema Expertinnen und Experten mit Gaststatus beigezogen werden.

zu Absatz 3

Der Vorsitz liegt bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium. Dort wird auch die Geschäftsstelle eingerichtet. Der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention gibt sich eine Geschäftsordnung.

zu § 8 Weitere Gremien

Diese Vorschrift hat deklaratorischen Charakter. Die Zuständigkeit der bereits bundes- und landesgesetzlich geregelten gesundheitspolitischen Gremien bleibt unberührt.

zu § 9 Überprüfung untergesetzlicher Gremien

Eine regelmäßige Überprüfung von Auftrag und Notwendigkeit einmal eingesetzter nicht gesetzlich geregelter Gremien im Geschäftsbereich des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums soll einer Überregulierung und Gremienflut Einhalt gebieten.

Einmal eingesetzte Gremien sollen kein zeitlich unbegrenztes Mandat erhalten, ihr Arbeitsauftrag soll üblicherweise auf die Dauer einer Wahlperiode begrenzt werden. Zu Beginn einer neuen Wahlperiode sind die bestehenden Gremien auf ihren Auftrag und ihre Notwendigkeit hin zu untersuchen, es soll regelmäßig überprüft werden, ob der ursprüngliche (Arbeits-)Auftrag noch besteht.

Die gesetzlich geregelten Ausschüsse (Landesgesundheitskonferenz, Sektorenübergreifender Landesausschuss, Landesausschuss Gesundheitsförderung und Prävention, Landesausschuss Rettungsdienst, Landespflegeausschuss, Landeskrankenhausausschuss

etc.) sind davon ausgenommen. Für sie besteht schon von Gesetzes wegen ein zeitlich unbefristetes Mandat.

zu § 10 Kosten, Entschädigungen

zu Absatz 1

Die Kosten für die Landesgremien „Landesgesundheitskonferenz“, „Sektorenübergreifender Landesausschuss“ und „Landesausschuss Gesundheitsförderung und Prävention“ werden vom Land Baden-Württemberg getragen, und zwar sowohl für die Geschäftsstellen als auch für die Beteiligung der Patientinnen und Patienten (Entschädigung entsprechend § 140f Abs. 5 SGB V für Reisekosten, Verdienstausfall und Pauschbetrag). Eine Kostenerstattung für die sonstigen Mitglieder durch das Land erfolgt nicht.

zu Absatz 2

Weitere entstehende Kosten für Sachverständige, Gutachter, Kosten für die Einsetzung weiterer Arbeitsgruppen etc. sind nach vorheriger Beschlussfassung von den stimmberechtigten Mitgliedern der jeweiligen Gremien zu tragen. Dabei sind die Grundsätze des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718, 776), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 23. Juli 2013 (BGBl. I S. 2586), in der jeweils geltenden Fassung zu Grunde zu legen.

zu Absatz 3

Die Entschädigung wird von der jeweils zuständigen Geschäftsstelle festgesetzt.

Ausdrücklich offen bleibt hier die Kostentragung für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Diese sind von den Veranstaltern (den Land- und Stadtkreisen) zu tragen.

zu § 11 Verwaltungsvorschriften

Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium, erlässt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

Zu Artikel 2: Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg

Im Sinne des Zwecks des Landesgesundheitsgesetzes – bessere Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens unter Einbindung der Patientinnen und Patienten sowie die Stärkung der Patientenrechte allgemein – wird die Zusammensetzung des Landeskrankenhausausschusses -§ 9 LKHG – erweitert.

Zu den bisherigen Mitgliedern im Landeskrankenhausausschuss – Vertretungen der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft (6 Stimmen), der gesetzlichen Krankenkassen (5 Stimmen) sowie jeweils eine Vertretung der privaten Krankenversicherung, der Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, des Landkreis-, Städte- und Gemeindetages – werden als ständige Mitglieder in den Landeskrankenhausausschuss eingebunden:

- Vertretungen der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen (2 Stimmen),
- Vertretungen der Landesverbände der Gewerkschaften der Gesundheitsberufe (2 Stimmen), sowie
- eine Vertretung der Landespsychotherapeutenkammer als weitere Berufskammer neben der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.

Der Beruf der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten ist seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes als eigenständiger Heilberuf mit Approbation anerkannt. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weisen eine hohe Behandlungskompetenz auf. Diesem Umstand ist durch eine Einbindung einer Vertretung der Landespsychotherapeutenkammer in den Landeskrankenhausausschuss Rechnung zu tragen.

Zu Artikel 3: Änderung des Landespflegegesetzes

Der Landespflegeausschuss in Baden-Württemberg ist ein politisches Gremium, in dem zahlreiche Organisationen vertreten sind, um Fragen der pflegerischen Versorgung zu beraten. Hierzu kann der Landespflegeausschuss einvernehmlich Empfehlungen abgeben.

Auch aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland rückt die Pflege immer mehr in den Mittelpunkt der Gesellschaft. Gerade die Pflegeberufe sind von der angesprochenen Entwicklung besonders tangiert, weil einerseits die Zahl der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen stark zunehmen wird, andererseits aber die Stellung und Wertschätzung der Pflegeberufe in der Gesellschaft noch nicht das Maß erreicht hat, mit dem eine ausreichende Deckung des Pflegebedarfs als zukünftig gesichert bezeichnet werden kann.

Der notwendigen Stärkung der Stellung und Wertschätzung der Pflegeberufe in der Gesellschaft soll durch die gesamtgesellschaftliche Verantwortung der Gewerkschaften als Arbeitnehmersvertretung auch im Landespflegeausschuss Rechnung getragen werden.

Das Nähere regelt eine Rechtsverordnung der Landesregierung nach § 2 Absatz 2 LPfIG.

Zu Artikel 4: Inkrafttreten

Diese Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.