

## **Gesetzentwurf**

### **der Landesregierung**

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

##### A. Zielsetzung

Wesentliches Ziel des Gesetzes ist, mit dem Landesgesundheitsgesetz eine tragfähige Grundlage für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg zu schaffen. Um den zukünftigen gesundheitspolitischen Herausforderungen gerecht zu werden, ist eine Abkehr von der sektoralen Betrachtungsweise hin zu einem sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Ansatz notwendig. Deshalb sollen 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 ist das Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg.

##### B. Wesentlicher Inhalt

Mit dem vorliegenden Gesetz werden neue und bewährte Dialog- und Arbeitsformen, nämlich die Gesundheitskonferenzen auf Landes- und Kreisebene sowie der Sektorenübergreifende Landesausschuss nach § 90 a des Fünften Buchs 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 zu bilden. Sie koordiniert und begleitet darüber hinaus die Umsetzung des Ge-

sundheitsleitbilds. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen 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 Gesundheitsförderung und Prävention 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. Wesentliche Ergebnisse des Nachhaltigkeitschecks

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. Kosten für die Einrichtung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen sind insoweit konnexitätsrelevant, als deren Einrichtung verpflichtend ausgestaltet ist. Sie werden aus Einsparungen aufgrund der Novelle des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst gegenfinanziert.

**Staatsministerium  
Baden-Württemberg  
Ministerpräsident**

Stuttgart, 17. November 2015

An den  
Präsidenten des Landtags  
von Baden-Württemberg

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

in der Anlage übersende ich gemäß Artikel 59 Absatz 1 der Landesverfassung den von der Landesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur Änderung anderer Gesetze mit Begründung und Vorblatt. Ich bitte, die Beschlussfassung des Landtags herbeizuführen. Die Zuständigkeit für das Gesetz liegt beim Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg.

Mit freundlichen Grüßen

Kretschmann  
Ministerpräsident

Der Landtag wolle beschließen,  
dem nachstehenden Gesetzentwurf seine Zustimmung zu erteilen:

**Gesetz zur Stärkung der sektoren-  
übergreifenden Zusammenarbeit und  
der Vernetzung aller Beteiligten des Ge-  
sundheitswesens in Baden-Württemberg  
und zur Änderung anderer Gesetze**

Artikel 1

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

§ 1

*Gesetzeszweck*

(1) Zweck dieses Gesetzes ist, durch eine stärkere Vernetzung an den Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung, eine verstärkte Patientenorientierung und Bürgerbeteiligung sowie eine stärkere Regionalisierung eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten. Dabei stehen Gesundheitsförderung und Prävention gleichberechtigt neben medizinischer Versorgung (Kuration und Rehabilitation) sowie Pflege. Das Land 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 ärztlicher und nichtärztlicher Berufe im Gesundheitswesen sowie der Pflegeberufe sollen im Regelungsbereich dieses Gesetzes auf allen Ebenen frühzeitig informiert, vernetzt und beteiligt werden.

(3) Eine Beteiligung erfolgt insbesondere bei:

1. der Erarbeitung und Fortschreibung des Gesundheitsleitbilds,
2. der Erarbeitung und Fortschreibung von Gesundheitszielen,
3. Planungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung, die einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung 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 sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

### § 3

#### *Maßnahmen zur Verwirklichung der Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen*

Bei der Besetzung der in diesem Gesetz geregelten Gremien des Landes wird eine paritätische Besetzung angestrebt. § 13 des Chancengleichheitsgesetzes 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, Landeszahnärztekammer, Landespsychotherapeutenkammer, Landesapothekerkammer),

3. der Wissenschaft,
4. der kommunalen Landesverbände,
5. der Kommunalen Gesundheitskonferenzen,
6. des Öffentlichen Gesundheitsdiensts,
7. der Berufsverbände der Gesundheits- und Pflegeberufe, der Gewerkschaften,
8. der Arbeitgeberverbände sowie
9. der Bürgerinnen und Bürger sowie 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 § 140 f SGB V

an. Weitere Mitglieder können themenbezogen berufen werden. Jedes ständige Mitglied besitzt Initiativ- und Stimmrecht.

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

1. des Sektorenübergreifenden Landesausschusses nach § 6,
2. des Landeskrankenhausausschusses nach § 9 des Landeskrankenhausesgesetzes Baden-Württemberg (LKHG),
3. des Landespflegeausschusses nach § 2 des Landespflegegesetzes (LPfLG),
4. des Landesarbeitskreises Psychiatrie nach § 11 des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG),
5. des Landesausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention (§ 8) und
6. des Landesbeirats für die Belange von Menschen mit Behinderungen nach § 16 des Landesbehindertengleichstellungsgesetzes (L-BGG).

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 umfasst auch einen öffentlichen Teil. Sie kann außerdem in Abstimmung mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium Gesundheitsdialoge (§ 2) durchführen. Im Rahmen des öffentlichen Teils und 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 mit einem Gesundheitsamt nach § 2 Absatz 1 Nummer 3 des Gesundheitsdienstgesetzes richten im jeweiligen örtlichen Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamts 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. Stadtkreisen ohne eigenes Gesundheitsamt steht es abweichend von Satz 1 frei, eine eigene Kommunale Gesundheitskonferenz einzurichten. 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 von der Kommunalen Gesundheitskonferenz in die zuständigen gesundheitspolitischen Gremien des Landes eingebracht werden. Diese sollen sich in angemessener Frist mit den Empfehlungen befassen.

(4) Die Kommunale Gesundheitskonferenz setzt sich insbesondere aus delegierten Vertretungen der örtlichen Institutionen und Einrichtungen aus Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Versorgung, der Pflege, der Selbsthilfe, des Patientenschutzes, der oder des kommunalen Behindertenbeauftragten, der oder des kommunalen Suchtbeauftragten und weiteren Institutionen des Sozialbereichs, die Berührungspunkte mit dem zu beratenden Thema haben, zusammen. Themenspezifische Netzwerke werden in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen beteiligt. 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 Absatz 4) 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. Die Land- und Stadtkreise gemäß Absatz 1 Satz 1 richten eine Geschäftsstelle ein.

## § 6

*Sektorenübergreifender Landesausschuss*

(1) In Baden-Württemberg tagt als gemeinsames Gremium nach § 90 a des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) der Sektorenübergreifende Landesausschuss.

(2) Der Sektorenübergreifende Landesausschuss kann Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung und Entwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen und insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Ihm ist Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 SGB V und zu den von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V Stellung zu 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 AOK Baden-Württemberg (3 Stimmen),
  - b) der Betriebskrankenkassen (1 Stimme),
  - c) der Ersatzkassen (3 Stimmen),
  - d) der Innungskrankenkassen (1 Stimme),
  - e) der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (1 Stimme),
  - f) der Knappschaft (1 Stimme),
5. der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg (2 Stimmen),
6. der kommunalen Landesverbände in Baden-Württemberg (3 Stimmen),
7. der Landesärztekammer, der Landes Zahnärztekammer, 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 § 140 f SGB V (2 Stimmen).

Die in Absatz 3 Satz 1 genannten Institutionen und Organisationen benennen pro Stimme jeweils eine sach-

kundige 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 Sektorenübergreifende Landesausschuss 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 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 9 eine Geschäftsordnung. Die Beschlussfassung zur Geschäftsordnung ergeht einstimmig.

## § 7

### *Mitwirkung der kommunalen Landesverbände*

Soweit es um die Feststellung einer ärztlichen Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V geht, soll das Land seine Mitwirkungsbefugnisse im Landesausschuss nach § 90 Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V nach vorheriger Anhörung der kommunalen Landesverbände ausüben.

## § 8

### *Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention*

(1) Der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention befasst sich mit landesweiten Strategien und Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention und erarbeitet entsprechende Empfehlungen. Er orientiert sich am Gesundheitsleitbild (§ 1 Absatz 1 Satz 3) und an der jeweils aktuellen Landesrahmenvereinbarung gemäß § 20 f Absatz 1 Satz 1 SGB V und begleitet die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung.

(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, Unfallkasse Baden-Württemberg),
4. der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg,

5. der Landesärztekammer, Landes Zahnärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer und der Landesapothekerkammer,
6. der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg,
7. des Öffentlichen Gesundheitsdiensts,
8. der Kommunalen Gesundheitskonferenzen,
9. der Berufsverbände der Pflegeberufe,
10. der Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen,
11. der Arbeitgeberverbände,
12. der Sozialverbände,
13. der medizinisch-therapeutischen Berufe/Heilmittel-erbringer,
14. der Hochschulen,
15. des Volkshochschulverbandes Baden-Württemberg,
16. des Landessportverbandes Baden-Württemberg,
17. der Liga der freien Wohlfahrtspflege,
18. der maßgeblichen Organisationen behinderter Menschen,
19. 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 § 140 f SGB V

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.

## § 9

### *Weitere Gremien*

Die Zuständigkeit des Landeskrankenhausausschusses (§ 9 LKHG), des Landespflegeausschusses (§ 2 LPfG), des Landesarbeitskreises Psychiatrie (§ 11 PsychKHG), des Landesausschusses für den Rettungsdienst (§ 4 des Rettungsdienstgesetzes – RDG) sowie der Bereichsausschüsse für den Rettungsdienst (§ 5 RDG) bleibt unberührt.

## § 10

### *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 des Landtags 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.

## § 11

### *Kosten, Entschädigungen*

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

(2) Die Entschädigung nach Absatz 1 Satz 2 wird von der jeweiligen Geschäftsstelle festgesetzt.

## § 12

### *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 Seite 13), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. Juli 2013 (GBl. Seite 157, 158) geändert worden ist, 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) In Nummer 7 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
- c) 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. Seite 665), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. Juni 2010 (GBl. Seite 427) geändert worden ist, 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.

## 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 demografischen 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 soll 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 § 90 a des Fünften Buchs 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 Ärzte und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammenwirken. Hierfür schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen (als Körperschaften

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 (Jahreskrankenhausbauprogramme 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 Seite 2983), welches in § 90 a 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 sowie zur „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ vorzusehen.

Mit den §§ 20 ff. SGB V (eingefügt durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 17. Juli 2015, BGBl. I, 1368) will der Bundesgesetzgeber die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Bürger, also in Schulen, Kindertageseinrichtungen oder Betrieben, stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickeln und das Zusammenwirken von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Arbeitsschutz verbessern. Unter anderem sollen Ärzte bei Vorsorgeberatungen in Zukunft auch über Impfeempfehlungen unterrichten. In einer Nationalen Präventionskonferenz (§ 20 e SGB V) definieren Sozialversicherungsträger unter Beteiligung des Bundes, der Länder, der Kommunalen Spitzenverbände und der Sozialpartner gemeinsame Ziele und verständigen sich auf ein gemeinsames

Vorgehen. Dadurch sollen die vielfältigen Ansätze in der Gesundheitsförderung und Prävention gebündelt und abgestimmt bei den Menschen vor Ort ankommen. Eine neu einzurichtende Nationale Präventionskonferenz erarbeitet Strategien zur Gesundheitsförderung (§ 20 d SGB V). Damit soll sich die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen verbessern. In § 20 f Absatz 1 SGB V ist geregelt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene abschließen.

Weitere Zuständigkeiten für die Prävention bestehen für die gesetzlichen Unfallversicherungen (§ 1 Nummer 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – SGB VII) und 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 beziehungsweise Überwindung von Pflegebedürftigkeit aufgerufen sind gemäß § 5 SGB des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) die Pflegekassen.

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 der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention (und die Kommunalen Gesundheitskonferenzen für die lokale Ebene) soll sich mit der nach § 20 f SGB V abgeschlossenen Landesrahmenvereinbarung befassen.

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 Gesetzentwurfs

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 um 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 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 Gesundheitsförderung und Prävention zuständig sein.

Die Gesundheitskonferenzen auf Landes- und kommunaler Ebene sowie der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention 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 beziehungsweise 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 zum Zweck und zu Maßnahmen sowie zur strategischen Ausrichtung des Gesetzes. Ziel ist die Gewährleistung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung in ganz Baden-Württemberg. Dazu gehört auch der diskriminierungsfreie Zugang von Menschen mit Behinderungen zur gesundheitlichen Versorgung nach dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention). 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 sowie 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 beziehungsweise des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerin oder des Ministers einberufen und bildet ein Koordinations- und Beratungsgremium für gesundheits-

politische Fragen grundsätzlicher Bedeutung, z. B. der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg allgemein sowie der Koordinierung der Umsetzung des Gesundheitsleitbilds. 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 Gesundheitsdiensts, 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 in die zuständigen gesundheitspolitischen Gremien auf Landesebene eingebracht werden, die sich innerhalb angemessener Frist mit ihnen befassen sollen.

In Ausfüllung der bundesgesetzlichen Regelungsgrundlage in § 90 a 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 Gesundheitsförderung und Prävention etabliert. Ihm gehören Vertretungen der fachlich berührten Landesministerien, der kommunalen Landesverbände, der Sozialversicherungsträger, der Wissenschaft, des Öffentlichen Gesundheitsdiensts, des Landessport- und Volkshochschulverbands sowie der Landesstelle für Suchtfragen an. Weitere Beteiligte können mit Gaststatus hinzugezogen werden. Seine Aufgabe ist die Befassung mit landesweiten Strategien und Programmen 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 Patien-

ten 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 Rechtszustands, das heißt keine gesetzliche Regelung der Koordinations- und Beteiligungsgremien. Vor dem Hintergrund der Gremienkontinuität und des hohen Stellenwerts der Vernetzung im Bereich der Gesundheitspolitik sind die Schaffung von Rechtssicherheit und die Klarstellung des Auftrags zur vernetzten Gesundheitsplanung evident.

#### IV. Wesentliche Ergebnisse des Nachhaltigkeitschecks

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. Der Nachhaltigkeitscheck beschränkt 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 Gesundheitspolitik 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. Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen 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 Einzelplan 09 – Sozialministerium 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 Kommunaler Gesundheitskonferenzen für die Land- und Stadtkreise mit eigenen Gesundheitsämtern (§ 2 Absatz 1 Nummer 3 ÖGDG in der jeweils geltenden Fassung) als verpflichtende Aufgabe eingeführt. In der Folge sind gemäß Artikel 71 Absatz 3 Satz 2 der Verfassung des Landes Baden-Württemberg Bestimmungen über die Deckung der Kosten zu treffen. Kosten für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen entstehen im Wesentlichen für die Geschäftsstellen nach § 5 Absatz 6 Satz 2. Nach der Neufassung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Drucksachenummer 15/7723) werden die dort aus der Aufgabenreduzierung im amts- und gerichtsärztlichen gutachterlichen Bereich freiwerdenden Personalkapazitäten im (vergleichbaren) höheren Dienst für die zukünftigen Schwerpunkte des ÖGD im Bereich Public Health sowie die Geschäftsführung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen eingesetzt. Hierbei handelt es sich um 0,4 vollzeitäquivalente Stellen im (vergleichbaren) höheren Dienst pro Landkreis. Die Ressourcenfreisetzung von weiteren Stellen im (vergleichbaren) mittleren und gehobenen Dienst – Personal in den Landkreisen und Städten – sowie sächlicher Mittel aus den Finanzausgleichsgesetzuweisungen 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.

Schließlich hat das Sozialministerium Ende 2012 im Zuge des Außerkrafttretens der Verwaltungsvorschrift über die Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit vom 13. September 2005 (GABl. Seite 770) veranlasst, dass die in den Gesundheitsämtern hierfür eingesetzten Stellenanteile für die Koordinierung der bis dahin freiwillig eingerichteten Kommunalen Gesundheitskonferenzen verwendet werden. Im Rahmen der Regionalen Arbeitsgemeinschaften sollten gesundheitsfördernde Aktivitäten auf örtlicher und regionaler Ebene intensiviert oder koordiniert werden, was in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen von heute fortgesetzt wird. Den Gesundheitsämtern – sowohl in den Landkreisen als auch in den Stadtkreisen Stuttgart, Mannheim und Heilbronn – oblag die Mitarbeit in den Regionalen Arbeitsgemeinschaften als Dienstaufgabe, sie sollten die Geschäftsführung wahrnehmen (je eine Beschäftigte/ein Beschäftigter zuzüglich Stellvertretung). Insofern hat das Land bereits vor der Neuordnung des ÖGD und der gesetzlichen Anpassungen entsprechende Stellenanteile aus der Aufgabe Regionale Arbeitsgemeinschaften Gesundheit für die Aufgabe der Geschäftsführung für Kommunale Gesundheitskonferenzen übertragen und eingesetzt. Unabhängig davon können aus Sicht des Landes die Aufwendungen in Bezug auf die Durchführung Kommunaler Gesundheitskonferenzen einschließlich der Einrichtung einer Geschäftsstelle durch die Entlastungen im amtsärztlichen Dienst (Streichung der Einstellungsuntersuchung, Wegfall von Zuständigkeiten bei der Beihilfebegutachtung zum 1. Juli 2015 sowie der Reduzierung von Zuständigkeiten nach Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen) ausgeglichen werden, sodass ein weiterer darüberhinausgehender Anspruch auf Kostenausgleich nicht entsteht. Im Übrigen profitieren auch die Gesundheitsämter in den genannten drei Stadtkreisen von den Streichungen der amtsärztlichen Zuständigkeiten im Gutachtenbereich, sodass die freiwerdenden Personal- und Sachressourcen entsprechend im Bereich der neuen Schwerpunkte eingesetzt werden können. Ein vergleichsweise erhöhter Finanzbedarf entsteht den Kreisen mithin nicht.

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 § 140 f Absatz 5 SGB V übernommen. Zu erwarten sind hier Mehrausgaben in Höhe von 1.000 Euro pro Kalenderjahr.

#### V. Wesentliches Ergebnis der Anhörung

Das Sozialministerium hat nach Freigabe durch den Ministerrat am 21. Juli 2015 den Gesetzentwurf in die Anhörung gegeben. Im Rahmen des Anhörungsverfahrens haben sich geäußert:

- AOK Baden-Württemberg
- Ärzteverband öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg e. V.
- Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation
- BKK Landesverband Süd
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
- Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V.
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
- Der Paritätische, Landesverband Baden-Württemberg
- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Südwest e. V.
- Deutscher Gewerkschaftsbund Bezirk Baden-Württemberg
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
- Deutscher Verband für Physiotherapie e. V., Landesverband Baden-Württemberg
- Gemeindetag Baden-Württemberg
- IHK Baden-Württemberg
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg e. V.
- LAG Selbsthilfe
- Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
- Landesarbeitsgemeinschaft der Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen in Baden-Württemberg (LAG KISS)
- Landesärztekammer Baden-Württemberg
- Landesbehindertenbeauftragter
- Landesfrauenrat
- Landesgesundheitsamt
- Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

- Landesseniorenrat
- Landessportverband BW
- Landesstelle für Suchtfragen
- Landesvereinigung Baden-Württembergischer Arbeitgeberverbände e. V.
- Landeszahnärztekammer
- Landkreistag Baden-Württemberg
- Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V.
- LOGO Deutschland e. V., Interessengemeinschaft selbstständiger LogopädInnen und SprachtherapeutInnen e. V.
- Sozialverband VdK Landesverband Baden-Württemberg
- Städtetag Baden-Württemberg
- Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Baden-Württemberg
- Unfallkasse Baden-Württemberg
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.
- Verbraucherzentrale Baden Württemberg e. V.

Weiterhin wurde der Gesetzentwurf parallel zum formellen Anhörungsverfahren auf die Internetseite des „Beteiligungsportals Baden-Württemberg“ eingestellt, so hatten auch Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit zur Kommentierung.

In den Stellungnahmen wird die Schaffung eines „Landesgesundheitsgesetzes“ überwiegend positiv bewertet. Das Ziel, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in den Feldern Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege zu intensivieren, sowie die Stärkung der Einbindung von Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten und die gesetzliche Verfestigung der bereits erfolgreich etablierten Gremien werden ausdrücklich begrüßt.

Darüber hinaus werden im Wesentlichen folgende Anregungen und Kritikpunkte vorgebracht:

#### 1. Landesgesundheitsgesetz

##### a) Gesetzeszweck/Beteiligung

Zweck des Gesetzes ist die umfassende Sicherstellung der Gewährleistung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg. Dabei stehen Gesundheitsförderung und Prävention gleichberechtigt neben medizinischer Versorgung und Pflege. Die sehr weite Zweckbestimmung wurde bewusst gewählt, um auch künftige Themenfelder adäquat berücksichtigen zu können. Die Ergänzung einzelner Aufgaben (z. B. Aufnahme des Gesundheits- und Infektionsschutzes sowie des Arbeitsschutzes) ist vor dem Hintergrund der weiten Formulierung nicht angezeigt.

Positiv wurde auch die Akzentuierung der Bürgerbeteiligung aufgenommen. In diesem Zusammenhang wurde eine Konkretisierung vermisst, wie die zu beteiligenden Bürgerinnen und Bürger ausgewählt werden und wo die Grenzen der Bürgerbeteiligung liegen. In der Gesetzesbegründung wurde nun klargestellt, dass die Auswahl und Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger und Patientinnen und Patienten sich nach den jeweils zur Anwendung kommenden Beteiligungsformaten (z. B. „open space“, „Fokusgruppen“, „qualitative Interviews“) richtet. Grenzen der Bürgerbeteiligung ergeben sich immer dann, wenn sie nach höherrangigem Recht nicht vorgesehen ist, oder wenn durch die direkte Beteiligung von Bürge-

rinnen und Bürgern in die Entscheidungsbefugnisse der jeweiligen Gewährleistungsträger eingegriffen würde (siehe dazu auch die Klarstellung in § 1 Absatz 2).

Es wurde weiterhin vorgeschlagen, die frühzeitige Beteiligung – wie sie in § 2 Absatz 1 formuliert ist – obligatorisch auszugestalten. Eine Verpflichtung wäre an dieser Stelle aus dem Vorgesagten zu weitgehend und könnte in Organisationshoheiten der Selbstverwaltungskörperschaften eingreifen, eine Verpflichtung zur Bürgerbeteiligung wird daher nicht in § 2 verortet.

#### b) Gremien

Begrüßt wurde mehrfach, dass untergesetzliche Gremien, wie sie vielfach im gesundheitspolitischen Bereich eingerichtet wurden, regelmäßig auf ihren Arbeitsauftrag hin überprüft werden sollen (§ 10).

#### aa) Landesgesundheitskonferenz

Zahlreiche Rückmeldungen gab es zur Zusammensetzung der Landesgesundheitskonferenz. Verschiedentlich wurde eine namentliche Aufzählung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beziehungsweise eine weitere Differenzierung der vorgesehenen Teilnehmergruppen im Gesetzestext gewünscht. Von anderen wurde eine abschließende Aufzählung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angemahnt, um einer möglichen Beliebigkeit in der Zusammensetzung entgegenzutreten. Im Landesgesundheitsgesetz werden zu beteiligende Akteure in Gruppen zusammengefasst. Die Formulierung in § 4 Absatz 2 ist bewusst sehr weit gewählt, um Gestaltungsspielraum zu ermöglichen. In der von der Landesgesundheitskonferenz zu verabschiedenden Geschäftsordnung sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer abschließend aufgezählt werden. Rechtssicherheit kann in diesem Rahmen gewährleistet und einer Beliebigkeit entgegengewirkt werden. Weiterhin wurde gewünscht, dass Leistungserbringer und Kostenträger in jeweils gleicher Zahl vertreten seien. Auch dies ist eine Frage der Geschäftsordnung, die von der Landesgesundheitskonferenz an dieser Stelle geregelt werden soll.

Zu Recht wurde festgestellt, dass die Gruppe der „Arbeitgeber“ in der Aufzählung fehlt, dies wurde ergänzt. Von den Vertretungen der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen wurde gewünscht, die Formulierung in § 4 Absatz 2 Nummer 9 dem Wortlaut des § 140f SGB V anzupassen. Dem wurde entsprochen. Des Weiteren wurde angeregt, bei den in § 3 Absatz 3 aufgezählten Gremien auch den in § 8 geregelten Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention sowie den Landes-Behindertenbeirat nach § 16 Landesbehindertengleichstellungsgesetz (vom 17. Dezember 2014, GBl. Seite 819) aufzuführen. Dies wurde ebenfalls umgesetzt.

Es wurde der Wunsch vorgetragen, dass die Landesgesundheitskonferenz mehr Öffentlichkeit herstellen möge. In die Begründung wurde nun ein Verweis auf die Seite [www.gesundheitsdialog-bw.de](http://www.gesundheitsdialog-bw.de), auf der Informationen und Beschlüsse der Landesgesundheitskonferenz eingestellt werden, aufgenommen. Die gesetzliche Regelung wurde so angepasst, dass in Absatz 4 aufgenommen wurde, dass die Landesgesundheitskonferenz auch einen öffentlichen Teil umfasst.

#### bb) Kommunale Gesundheitskonferenzen

Hinsichtlich der verpflichtenden Einführung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen wurde mehrfach auf die Erfordernisse des Konnexitätsprinzips (Artikel 71 Absatz 3 der Verfassung des Landes Baden-Württemberg) verwiesen. Hiernach kann den Gemeinden oder Gemeindeverbänden durch Gesetz die Erledigung bestimmter bestehender oder neuer öffentlicher Aufgaben übertragen werden. Gleichzeitig sind Bestimmungen über die Deckung der Kosten zu treffen. Die vorgesehene Finanzierungsregelung über Einsparungen aus der Aufgabenreduk-

tion im Öffentlichen Gesundheitsdienst durch die Novelle des ÖGD-Gesetzes wird als nicht hinreichend erachtet. Vor dem Hintergrund, dass mit dem Gesetzentwurf, aber auch schon im Zuge der Änderungen der Beihilfeverordnung zum 1. Juli 2015 Entlastungen in der Praxis der amtsärztlichen Begutachtung erfolgten und weiter erfolgen sowie die Veränderungen im Bereich der Versorgungsverwaltung gewisse Spielräume bei den finanziellen Zuweisungen schaffen, besteht die Erwartung gegenüber den Kreisen, in der Ausübung ihrer ausgleichenden Bündlungsfunktion die Ressourcen u. a. für die Geschäftsstellen einzusetzen. Dies gilt auch für die Fälle, dass eine Geschäftsstelle für die Kommunale Gesundheitskonferenz beispielsweise als Stabsstelle außerhalb der Organisation eines Gesundheitsamts geschaffen wird.

Vor dem Hintergrund der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse wird problematisiert, dass eine verpflichtende Einführung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen nur für solche Land- und Stadtkreise mit Sitz eines Gesundheitsamtes vorgesehen ist. Dieser Kritikpunkt wurde insofern aufgenommen, als ergänzt wurde, dass die Landratsämter, die neben dem eigenen Landkreis auch für den Stadtkreis nach § 2 Absatz 3 ÖGDG (neue Fassung, Drucksachennummer 15/7723) die Aufgaben des Gesundheitsamts wahrnehmen, auch für die Einrichtung einer Kommunalen Gesundheitskonferenz zuständig sind. Die betreffenden Stadtkreise haben nach dem geänderten Wortlaut aber auch die Möglichkeit eine eigene Kommunale Gesundheitskonferenz einzurichten.

Probleme werden weiterhin in der Beachtung der kommunalen Organisationshoheit gesehen. Landrätinnen oder Landräte beziehungsweise Oberbürgermeisterinnen oder Oberbürgermeister könnten nicht nach § 5 Absatz 6 verpflichtet werden, die Leitung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen zu übernehmen. Bei § 5 Absatz 6 handelt es sich um eine „Soll-Bestimmung“, die keine Verpflichtung begründet.

Bezüglich des zu bearbeitenden Themenspektrums der Kommunalen Gesundheitskonferenzen wird vorgeschlagen, dies enger zu fassen und auf die Themen Gesundheitsförderung und Prävention zu beschränken. Die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens verbieten eine Begrenzung nur auf Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, die anderen Bereiche müssen mit eingeschlossen sein.

Hinsichtlich des Teilnehmerkreises wird mehrfach Konkretisierung gefordert sowie eine Teilnahmeverpflichtung von Leistungserbringern und Kostenträgern an den Kommunalen Gesundheitskonferenzen verlangt. Intention des § 5 ist, einen Rahmen vorzugeben, wie Kommunale Gesundheitskonferenzen in den Kreisen ausgestaltet sein sollen. Exakte Themenfindung sowie der Teilnehmerkreis bleibt in der Organisationsverantwortung der Kreise. Aus diesem Grund ist weder eine abschließende beziehungsweise erweiternde Aufzählung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie der Stimmverhältnisse noch eine landesgesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme angezeigt. Lediglich die/der Kommunale Behindertenbeauftragte sowie die/der Kommunale Suchtbeauftragte wird der Teilnehmeraufzählung hinzugefügt. In der Begründung wird der Begriff „Patientenschutz“ konkretisiert und auf die Formulierung in § 140 f SGB V Bezug genommen.

Gefordert wird auch, dass erarbeitete Empfehlungen von den Kommunalen Gesundheitskonferenzen direkt in die zuständigen gesundheitspolitischen Gremien des Landes eingebracht werden können und nicht – wie im Anhörungsentwurf vorgesehen – über die kommunalen Landesverbände eingebracht werden müssen. Dem wurde entsprochen.

Angeregt wird, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst von anderen Akteuren die entsprechenden Daten zur Bearbeitung des jeweiligen Themas der Kommunalen Gesundheitskonferenz erhält. Ein Formulierungsvorschlag zu § 5 Absatz 1 Satz 2 lautet: „Die dafür notwendige kleinräumige Gesundheitsberichterstattung des Öffentlichen Gesundheitsdiensts wird von den teilnehmenden Akteuren aktiv unter-

stützt.“ (...) Eine Umsetzung im Landesgesundheitsgesetz erscheint problematisch, da hier nur die Institution der Kommunalen Gesundheitskonferenz geregelt wird und nicht die Aufgaben des ÖGD. Eine Vermengung ist nicht zielführend. Den in der Kommunalen Gesundheitskonferenz beteiligten Akteuren bleibt es unbenommen, z. B. in einer Geschäftsordnung Regelungen zur Herausgabe und Verwendung nicht personenbezogener (anonymisierter) Daten zu vereinbaren.

§ 5 Absatz 5 sieht die Möglichkeit zur Durchführung von Gesundheitsdialogen nach § 2 vor. Entgegen einer geäußerten Ansicht im Anhörungsverfahren wird durch diese Bestimmung die Organisationshoheit der Kreise nicht beschnitten, da es sich lediglich um eine „Kann“-Bestimmung handelt.

Gewünscht wird überdies, dass die Kreise zur Bekanntmachung der erarbeiteten Ergebnisse der Kommunalen Gesundheitskonferenzen verpflichtet werden. Dies wird in der Begründung nun als „Empfehlung“ aufgenommen, genaue Vorgaben zur Publizierung der Ergebnisse können vom Landesgesetzgeber diesbezüglich nicht gemacht werden.

#### cc) Sektorenübergreifender Landesausschuss

Der Sektorenübergreifende Landesausschuss tagt bereits seit 2011 in Baden-Württemberg, durch das Gesetz erfährt er eine verbindliche Regelung in Zusammensetzung und Auftrag.

Die Besetzung des Sektorenübergreifenden Landesausschusses richtet sich zunächst nach § 90 a SGB V. Zusätzlich wird den Heilberufekammern, den Patienten- und Selbsthilfevertretungen, den kommunalen Landesverbänden sowie den Verbänden der Pflegeberufe eine Mitgliedschaft mit Stimmrecht eingeräumt. Eine weitere Ausdehnung des Mitgliederkreises ist im Hinblick auf den (engen) gesetzlichen Auftrag des Sektorenübergreifenden Landesausschusses nicht angezeigt. Hauptaufgabe ist die Beratung sektorenübergreifender Versorgungsfragen an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie der Pflege und die Möglichkeit zur Stellungnahme bei Anpassung der Bedarfspläne und den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen gemäß §§ 99, 100, 103 SGB V. Schnittmengen zu den anderen Gremien – insbesondere der Landesgesundheitskonferenz – sollen vermieden werden, auf Arbeitsfähigkeit ist zu achten.

So erhalten die/der Landesbehindertenbeauftragte und die Landesärztin/der Landesarzt für Menschen mit Behinderungen keine Mitgliedschaft im Sektorenübergreifenden Landesbeirat, da Anliegen von Menschen mit Behinderung von für die Wahrnehmung der Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen im Sinne von § 140 f SGB V eingebracht werden können. Dem Hebammenverband, den Berufsverbänden medizinisch-therapeutischer Berufe/Heilmittelerbringer, den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen und dem Landessportverband wird keine ständige Mitgliedschaft eingeräumt, sie sind Mitglied der Landesgesundheitskonferenz. Eine ständige Mitgliedschaft im Sektorenübergreifenden Landesbeirat ist nicht erforderlich, da es in erster Linie um Schnittstellen zur ärztlichen Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich geht. Bei Bedarf können die Genannten jedoch jederzeit als weitere Beteiligte (ohne Stimmrecht) gemäß § 6 Absatz 3 beigezogen werden.

Vertretungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Kommunalen Gesundheitskonferenzen oder des Landesgesundheitsamtes werden nicht regelmäßig an den Sitzungen des Sektorenübergreifenden Landesbeirates beteiligt. Die von den Kommunalen Gesundheitskonferenzen erarbeiteten Empfehlungen können gemäß § 5 Absatz 3 aber in die zuständigen gesundheitspolitischen Gremien eingebracht werden.

Aufgrund der Aufnahme neuer Mitglieder (Kammern, Berufsverbände) wurde eine Neureglung der Entscheidungsfindung und damit eine Abkehr vom bislang praktizierten Konsensprinzip notwendig. Originär nach § 90 SGB V Beteiligte

sollen nicht von bei der Bedarfsplanung Unbeteiligten überstimmt werden können. Dadurch wird gewährleistet, dass es zu solchen Empfehlungen kommt, die von den zuständigen Gremien auch berücksichtigt werden können. Das Mehrheitsprinzip ist daher der geeignete Abstimmungsmodus.

Bei der im Anhörungsentwurf vorgesehenen Verteilung der Stimmen auf die einzelnen Mitglieder des Sektorenübergreifenden Landesbeirats zeigte sich ein Übergewicht der Stimmen der Leistungserbringer (einschließlich der Mitglieder der Heilberufekammern). Bei den Kostenträgern ist entgegen dem Anhörungsentwurf die Stimmenanzahl gemäß der jeweiligen Größe (gemessen an der Zahl der Mitglieder) neu festzusetzen. Leistungserbringer und Kostenträger erhalten die gleiche Stimmenanzahl, innerhalb der Kostenträger wird nach Größe der Krankenkasse differenziert.

Bezüglich der Stimmverteilung wurde auch angeregt, dass eine Stimmparität zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausvertretern herrschen solle. Dem wird nicht entsprochen. Da die in § 90 a Absatz 2 SGB V benannten Gremien die ambulante Bedarfsplanung betreffen, ist es prioritär, dass Kostenträger und (zahn)ärztliche Leistungserbringer gleiche Stimmanteile im Ausschuss erhalten. Eine Parität zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern erscheint indes sekundär und ist auch nach der aktuellen Stimmverteilung nicht darstellbar.

Einige Rückmeldungen im Anhörungsverfahren forderten, dass in der Gesetzesbegründung ausgeführt werden sollte, dass die abgegebenen Stellungnahmen nicht verbindlich seien, die Formulierung in der Begründung zu § 6 Absatz 2: „Die Stellungnahmen sind von den zuständigen Gremien bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen“, sei nicht vom Wortlaut des § 90 a SGB V gedeckt. Die Begründung ist so zu verstehen, dass „Berücksichtigung“ nicht meint, dass Empfehlungen unbedingt aufgenommen werden müssen, es geht lediglich um eine Befassungspflicht bei der Entscheidungsfindung.

Weiterhin wurde vorgetragen, der Sektorenübergreifende Landesausschuss solle in öffentlicher Sitzung tagen, dies entspreche Transparenzgedanken des Gesetzes. Transparenz und Öffentlichkeit wird gemäß dem Regelungszweck des Landesgesundheitsgesetzes über die Gesundheitsdialoge und im Rahmen des öffentlichen Teils der Landesgesundheitskonferenz hergestellt. Die gemeinsamen Gremien nach § 90 a SGB V in den anderen Bundesländern tagen auch mehrheitlich nichtöffentlich, insoweit bleibt es bei der vorgesehenen Regelung.

Der Wortlaut des § 6 Absatz 2 wird an den Wortlaut des § 90 a SGB V angeglichen, um Unklarheiten zu vermeiden.

Von den kommunalen Landesverbänden wurde angeregt, in einer zusätzlichen Bestimmung die obersten Landesbehörden zu verpflichten, vor Ausübung ihrer Mitberatungsrechte (nach § 90 Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V) in den Landesausschüssen gemäß § 90 SGB V die kommunalen Landesverbände anzuhören. Diesem Vorschlag wird gefolgt, soweit es um die Feststellung einer ärztlichen Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V geht. Das Land soll seine Mitwirkungsbefugnisse im Landesausschuss nach § 90 Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V nur nach vorheriger Anhörung der kommunalen Landesverbände ausüben. Im Übrigen bleibt es bei der Verzahnung und Beteiligung der Kommunen über den Sektorenübergreifenden Landesbeirat nach § 90 a SGB V i. V. m. § 6. Über dieses Gremium erhalten die Kommunen die in § 6 Absatz 2 aufgelisteten Befugnisse zur Stellungnahme zu Bedarfsplänen und anderen Entscheidungen der Landesausschüsse.

#### dd) Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention

In mehreren Stellungnahmen wurde das Verhältnis des Landesausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention zu den Vorschriften des neugeschaffenen Bundespräventionsgesetzes thematisiert. Gefordert wurde u. a., der Ausschuss müsse „Andockstelle für die Landesrahmenvereinbarung nach dem Bundesprä-

ventionsgesetz“ sein. § 20 f SGB V (eingefügt durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vom 17. Juli 2015 (BGBl. I Seite 1368) m. W. v. 25. Juli 2015) bestimmt in Absatz 1, dass zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene schließen. Nach dem Willen des Bundesgesetzgebers liegt die Federführung bei den Landesverbänden der Krankenkassen. Welche Funktion dem Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention in der Umsetzung des Bundespräventionsgesetzes zukommt, bedarf der Konkretisierung in der nach § 20 f SGB V abzuschließenden Landesrahmenvereinbarung. Die Aufgabenbeschreibung des Landesausschusses in § 8 Absatz 1 wird daher weiter und offener als im Anhörungsentwurf gefasst, in ihm wird fortan auch auf die jeweils aktuelle Landesrahmenvereinbarung nach § 20 f Absatz 1 SGB V Bezug genommen. Es ist ein Anliegen des Landesgesetzgebers, Doppelstrukturen zu vermeiden; mit den federführend zuständigen Akteuren nach § 20 f SGB V wird abzustimmen sein, welche Aufgaben dem Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention zukommen.

Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung, die in § 6 Absatz 1 Satz 2 vorgesehen war, wird als durch die Vorschrift des § 20 f SGB V überholt angesehen und gestrichen.

Nach den Rückmeldungen aus der Anhörung wurden folgende ständige Mitglieder der Aufzählung in § 8 Absatz 2 hinzugefügt: Kassenzahnärztliche Vereinigung, Kassenärztliche Vereinigung, Heilberufekammern, Landesgesundheitsamt, Vertretung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen, Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg, Unfallkasse Baden-Württemberg, Sozialverbände, Selbsthilfeorganisationen, Patientenvertretungen, maßgebliche Organisationen behinderter Menschen, Vertretung der Pflegeberufe, Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen, Arbeitgeberverbände, Vertretung der medizinisch-therapeutischen Berufe/Heilmittelerbringer. Die Landesstelle für Suchtfragen wird von der LIGA der freien Wohlfahrtspflege mitvertreten.

Der Aufgabenbereich des Landesausschusses ist sehr weit gefasst, es wird auch weiterhin davon abgesehen, Themenfelder gesetzlich vorzugeben. In dem weiten Rahmen des Wortlautes bestehen vielerlei Gestaltungsmöglichkeiten.

#### c) Kostenregelung

Sehr häufig wird die vorgesehene Regelung in § 11 Absatz 2 kritisiert. Die Vorschrift sei zu ungenau. Die Kosten sollten generell vom Land getragen werden, da diese allgemeine – im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung anfallende – Kosten seien. Die geplante Regelung sei so formuliert, dass die Kosten für die Beteiligten an den Gremien unkalkulierbar seien und sie unter Umständen auch gegen ihre Stimme zur Kostentragung verpflichtet werden könnten beziehungsweise eine notwendige Beschaffung von Gutachten könnte am Kostenkalkül scheitern. Diese Kritik wurde aufgenommen, der entsprechende Absatz wurde gestrichen.

Die Frage weiterer Kostenerstattungsregelungen liegt in Händen der jeweiligen Gremien und des Ministeriums. Der Vorschlag der Selbsthilfevertretungen, ein Weiterbildungs- und Sachmittelbudget für die Mitarbeit in den Gremien aufzunehmen, wird nicht aufgegriffen. In § 140 f Absatz 5 SGB V wird neben Reisekosten auch Verdienstausschlag entschädigt sowie ein Pauschbetrag pro Sitzungstag gewährt.

## 2. Änderung des Landeskrankenhausgesetzes und des Landespflegegesetzes

### a) Landeskrankenhausgesetz

Die Aufnahme von Patientenvertretungen, Vertretungen der Landesverbände der Gewerkschaften der Gesundheitsberufe und der Psychotherapeutenkammer in den Landeskrankenhausausschuss wird begrüßt. Der Forderung der Aufnahme des Verbands der Krankenanstalten in privater Trägerschaft neben der Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) wird nicht entsprochen, da dieser bereits durch die BWKG, die 6 Stimmen auf sich vereinigt, vertreten wird. Von der Aufnahme weiterer Vertreter wird zur Wahrung der Arbeits- und Funktionsfähigkeit des Beratungsgremiums abgesehen. Ebenso wird die Anzahl der Stimmen für Patientenvertretungen (2 Stimmen) als ausreichend erachtet. Diese haben die gleiche Stimmanzahl wie die Landesverbände der Gewerkschaften. In Anbetracht der übrigen Stimmenverteilung (BWKG 6 Stimmen, Landesverbände der Krankenkassen 5 Stimmen) wäre eine andere Stimmenverteilung unverhältnismäßig und nicht sachgerecht.

Regelungen zur Kostenübernahme für beteiligte Patientenvertretungen trifft die VwV-Beiratsentschädigungen (GABl. 2008, 284). Eine Regelung im LKHG ist nicht erforderlich.

### b) Landespflegegesetz

Es wird allgemein begrüßt, dass die Aufnahme von Vertretungen der Pflegeberufe in den Landespflegeausschuss erfolgt. Dies stärke deren Stellung und Wertschätzung, jedoch geben einige Stellungnahmen zu bedenken, dass nicht nur die Arbeitnehmerseite (Vertretung der Pflegeberufe), sondern beide Tarifpartner, also auch Arbeitgebervertretungen (z. B. der kommunale Arbeitgeberverband beziehungsweise die Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen) beteiligt werden sollen. In § 2 LPfG i. V. m. § 2 der Verordnung der Landesregierung über den Landespflegeausschuss nach § 92 SGB XI ist die Besetzung des Landespflegeausschusses geregelt. Hiernach sind im Landespflegeausschuss neben weiteren Mitgliedern die Verbände der Pflegeberufe (mit 2 Personen) bereits vertreten. Die vorgesehene Erweiterung betrifft die Gewerkschaften, die bislang nicht vertreten waren. Die Arbeitgeberseite ist im Landespflegeausschuss ebenfalls schon vertreten, nämlich durch die Verbände der Pflegeeinrichtungen (mit 9 Personen), den überörtlichen Sozialhilfeträger und die kommunalen Landesverbände (mit insgesamt 5 Personen, wobei jeder kommunale Landesverband mit mindestens einer Person vertreten sein muss) sowie die Verbände der baden-württembergischen Krankenhäuser (mit einer Person).

## 3. Stellungnahme des Landesbeauftragten für Datenschutz

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz hat im Wesentlichen um Konkretisierung beziehungsweise Klarstellung gebeten, dass von den neu etablierten Gremien keine Datenverarbeitung beabsichtigt ist. Dieser Anregung wurde in der Gesetzesbegründung entsprochen.

## 4. Landesbehindertenbeauftragter

Der Beauftragte der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen spricht sich dafür aus, dass das Gesetz ausdrücklich auch die Verpflichtungen aus dem seit 26. März 2009 für Deutschland verbindlichen Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) nach diskriminierungsfreiem Zugang von Menschen mit Behinderungen zur gesundheitlichen Versorgung und zum Recht

auf die Gewährleistung angemessener Vorkehrungen umsetzen soll. Die Vertragsstaaten seien insbesondere verpflichtet, Menschen mit Behinderungen „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ zu gewähren. Zudem ist dafür zu sorgen, dass behinderten Menschen dasselbe Angebot, dieselbe Qualität und derselbe Standard an kostenloser oder bezahlbarer Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen wie dies für nicht behinderte Menschen der Fall ist (Artikel 25). Ferner sollten die Gremien nach dem Landesgesundheitsgesetz verpflichtet werden, das Recht von Menschen mit Behinderungen nach der UN-Behindertenrechtskonvention auf „angemessene Vorkehrungen“ zu berücksichtigen.

Der gleichberechtigte Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen mit Behinderung wurde bereits im Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg aus dem Jahre 2014 als Grundaussage allen Leitsätzen vorangestellt. Im Landesbehinderten-gleichstellungsgesetz vom 17. Dezember 2014 (GBl. Seite 819) wurde die UN-Behindertenrechtskonvention für Baden-Württemberg umgesetzt. In § 2 heißt es: „Dieses Gesetz gilt für die Dienststellen und sonstigen Einrichtungen der Landesverwaltung einschließlich der landesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen sowie für Gemeinden, Gemeindeverbände und die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts. [...]“. Hieraus ergibt sich, dass dem Land unterstehende Körperschaften und sonstige Einrichtungen der Wahrung der Rechte von Menschen mit Behinderungen verpflichtet sind. Gleichwohl wurde hier die Gesetzesbegründung zu § 1 um einen Hinweis auf die UN-Behindertenrechtskonvention ergänzt.

### *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. Dazu gehört auch der diskriminierungsfreie Zugang von Menschen mit Behinderungen zur gesundheitlichen Versorgung nach dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention). 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. Der gleichberechtigte Zugang zum Gesundheitssystem von Menschen mit Behinderungen ist als Grundaussage allen Leitsätzen des Gesundheitsleitbilds von 2014 vorangestellt.

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 (vergleiche § 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.

Die Auswahl der zu beteiligenden Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten richtet sich nach den jeweils zur Anwendung kommenden Beteiligungsformaten (z. B. „open space“, „Fokusgruppen“ oder „qualitative Interviews“).

Der Bundesgesetzgeber hat in § 140 f 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 § 140 f Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V eine Beteiligung von Patientenvertretungen mit Stimmrecht im Sektorenübergreifenden Landesausschuss (gemäß § 90 a SGB V). Das Landesgesundheitsgesetz möchte die Patientenbeteiligung auch auf Landesebene sicherstellen. Es bestimmt über die bundesgesetzliche Regelung des § 140 f SGB V hinaus, dass Patientenvertretungen in der Landesgesundheitskonferenz, den Kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie den weiteren (einzurichtenden) Gremien beteiligt werden.

Darüber hinaus können Einwohnerinnen und Einwohner aber auch im Rahmen der bestehenden kommunalrechtlichen Strukturen an der Beratung und Entscheidung über gesundheitspolitisch relevante Fragen beteiligt werden, z. B. nach den §§ 20 und 20 a der Gemeindeordnung (GemO) und § 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 Einwohnerinnen und Einwohner 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 Einwohnerinnen und Einwohner nachhaltig berühren, sollen die Einwohnerinnen und Einwohner möglichst frühzeitig über Ziele, Zwecke und Auswirkungen unterrichtet werden. Sofern ein besonderes Bedürfnis besteht, soll den Einwohnerinnen und Einwohnern allgemein Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden.

## Zu Absatz 2

Ebenso wie in Absatz 1 wird eine umfangreiche Beteiligung ärztlicher und nichtärztlicher Berufe im Gesundheitswesen sowie der Pflegeberufe 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 den Absätzen 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 § 13 des Chancengleichheitsgesetzes (neue Fassung) 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. Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt im Rahmen der allgemeinen Vorschriften.

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.

Informationen über Beschlüsse der Landesgesundheitskonferenz werden der Öffentlichkeit über das Portal [www.gesundheitsdialog-bw.de](http://www.gesundheitsdialog-bw.de) zur Verfügung gestellt.

#### 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, des Landesarbeitskreises Psychiatrie und des Landesausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention), 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 öffentlichen Teils der Landesgesundheitskonferenz.

#### Zu Absatz 4

Im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz ist auch ein öffentlicher Teil mit einem erweiterten Teilnehmerkreis und einer Öffnung für Bürgerinnen und Bürger vorgesehen.

Die Landesgesundheitskonferenz kann in Abstimmung mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium Gesundheitsdialoge (§ 2 dieses Gesetzes) durchführen. (Rechtlich nicht bindende) Empfehlungen können sowohl bei dem öffentlichen Teil als auch bei den Gesundheitsdialogen 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.

Einen wesentlichen Anteil zur Bereitstellung von fachlichem Wissen für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen soll der Öffentliche Gesundheitsdienst mit seiner Expertise und seinen Kompetenzen zur regionalen Gesundheitsversorgung beitragen. Die dafür erforderliche Expertise und die notwendigen Kompetenzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in dem Bereich der Öffentlichen Gesundheit (Public Health) mit z. B. Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung werden gleichzeitig durch die Novelle des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und zur Änderung anderer Vorschriften (Drucksachennummer 15/7723) maßgeblich gestärkt und neu akzentuiert. Die Gesundheitsämter in den Land- und Stadtkreisen sollen in Zukunft die unmittelbaren Ansprechpartner für die Bürgerinnen und Bürger, aber auch unterstützende Vernetzungs- und Schnittstelle für andere Akteure des Gesundheitswesens in Fragen der öffentlichen Gesundheit sein. Unter der Bezeichnung „Öffentliche Gesundheit“ beziehungsweise „Public Health“ sollen die Kernaufgaben des ÖGD auf die Gebiete Gesundheitsdialog/-planung (Stichwort: Unterstützung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen), Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsberichterstattung wie auch auf die Gebiete des Gesundheits- und Infektionsschutzes konzentriert werden. Neue Schwerpunkte sollen insbesondere in den folgenden Bereichen gesetzt werden:

- Unterstützung lokaler politischer Entscheidungsträger in bevölkerungsmedizinischen, gesundheitsplanerischen Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens; Gesundheit als Standortfaktor; Stärkung des Bewusstseins für das Thema Gesundheit im intersektoralen Dialog (Gesundheit als Querschnittsaufgabe in verschiedenen Rechts- und Verwaltungsbereichen, „health in all policies“),
- Unterstützung der Umsetzung der landespolitischen Ziele des Gesundheitsleitbilds durch Gesundheitsdialoge, Gesundheitsplanung (insbesondere das Aufzeigen von Problemfeldern in Gesundheitsförderung und Prävention, gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung, Definition von Schnittstellen einschließlich Koordinierungs- und Vernetzungsbedarf zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen) und Gesundheitsberichterstattung im Sinne einer Bestands- und Bedarfsanalyse,
- Gesundheitsämter als Ansprechpartner für andere Akteure im Gesundheitswesen; Beteiligung an der Durchführung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen, Umsetzung der Gesundheitsplanung (Verbesserung des Gesundheitsstatus

der Bevölkerung sowie der Rahmenbedingungen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung und Pflege) sowie

- intensivere Ausrichtung auf Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, Ausweitung der Maßnahmen bei Gesundheitsförderung und Prävention in verschiedenen Lebenslagen (Kinder/Jugendliche und ältere Menschen).

Aufgrund seiner Fach- und Strukturkompetenz ist der Öffentliche Gesundheitsdienst damit geradezu prädestiniert, Kommunale Gesundheitskonferenzen fachlich zu begleiten und zu unterstützen. Dies gilt auch dann, wenn Kommunale Gesundheitskonferenzen regionale Versorgungsbedarfe im medizinischen beziehungsweise gesundheitlichen Bereich, z. B. Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention, in den Blick nehmen.

#### Zu Absatz 1

In den Land- und Stadtkreisen, in denen gemäß § 2 Absatz 1 Nummer 3 ÖGDG (in der jeweils geltenden Fassung) Gesundheitsämter als untere Gesundheitsbehörden verortet sind, sind verpflichtend im jeweiligen örtlichen Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamts Kommunale Gesundheitskonferenzen einzurichten. Da die Einrichtung einer Kommunalen Gesundheitskonferenz an den örtlichen Zuständigkeitsbereich der unteren Gesundheitsbehörde geknüpft ist, ist eine flächendeckende Versorgung des Landes mit Kommunalen Gesundheitskonferenzen gewährleistet, denn die Stadtkreise ohne eigenes Gesundheitsamt (derzeit die Stadtkreise Baden-Baden, Heidelberg, Karlsruhe, Pforzheim, Freiburg, Ulm) werden in die Kommunale Gesundheitskonferenz des umliegenden Kreises mit eingebunden. Ihnen steht es aber auch frei, eine eigene Kommunale Gesundheitskonferenz einzurichten oder sich gar nicht zu beteiligen.

Die verpflichtende Einrichtung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Land- und Stadtkreisen, in denen gemäß § 2 Absatz 1 Nummer 3 ÖGDG (in der jeweils geltenden Fassung) Gesundheitsämter als untere Gesundheitsbehörden verortet sind, knüpft an die Verfügbarkeit der Expertise und der Kompetenzen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts in dem Bereich der Öffentlichen Gesundheit (Public Health) an, die gleichzeitig mit der Novelle des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und zur Änderung anderer Vorschriften (Drucksachennummer 15/7723) zusätzlich maßgeblich gestärkt und neu akzentuiert werden. Stadtkreise ohne Gesundheitsamt können die vorhandene regionale Expertise und die Kompetenzen des örtlich zuständigen Gesundheitsamts bei der Einrichtung einer eigenen Kommunalen Gesundheitskonferenz im Wege der Amtshilfe des jeweiligen Landkreises erhalten oder beschaffen sie sich bei Externen. Aufgrund der geringeren Verfügbarkeit der regionalen Expertise und die Kompetenzen bleibt es den Stadtkreisen ohne eigenes Gesundheitsamt also unbenommen, eine eigene Kommunale Gesundheitskonferenz einzurichten, wobei die gewählte Regelung im Wesentlichen der tatsächlichen Entwicklung in der Realität folgt:

Bereits jetzt bestehen gemeinsame Kommunale Gesundheitskonferenzen von Land- und Stadtkreisen im Rhein-Neckar-Kreis zusammen mit dem Stadtkreis Heidelberg sowie im Enzkreis zusammen mit dem Stadtkreis Pforzheim. Im Gegensatz dazu haben sich Stadt- und Landkreis Karlsruhe zwar für zwei getrennte Kommunale Gesundheitskonferenzen entschieden, diese kooperieren jedoch eng auf der Fachebene miteinander, darüber hinaus bestehen sogar gemeinsame Arbeitsgruppen. Die Kompetenz des örtlich zuständigen Gesundheitsamtes wird hier z. B. genutzt, indem Daten aus dem Gesundheitsamt des Landkreises Karlsruhe der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Stadtkreises Karlsruhe unproblematisch zur Verfügung gestellt werden.

Im Falle der Miteinbeziehung des Stadtkreises ohne eigenes Gesundheitsamt in die Kommunale Gesundheitskonferenz des für den Öffentlichen Gesundheitsdienst örtlich zuständigen Landkreises hat der federführende Landkreis sicherzu-

stellen, dass die Interessen des Stadtkreises in der Kommunalen Gesundheitskonferenz adäquat vertreten werden.

Gesundheitskonferenzen können aber auch generell kreisübergreifend einberufen werden.

Gemeinsame Kommunale Gesundheitskonferenzen von Land- und Stadtkreisen sind vor allem dann sachgerecht, wenn übergreifende medizinische Versorgungsfragen Gegenstand der Beratungen von Kommunalen Gesundheitskonferenzen sind. Insbesondere im Bereich der stationären Versorgung (Krankenhausstrukturen) bestehen vielfältige inhaltliche Berührungspunkte und Überschneidungen. Krankenhäuser in Stadtkreisen erfüllen sehr häufig zentrale Versorgungsfunktionen, die weit über den Stadtkreis hinausreichen. Auch im Bereich der ambulanten (insbesondere fachärztlichen) Versorgung übernehmen Arztpraxen in Stadtkreisen wichtige Versorgungsfunktionen für den umliegenden Landkreis.

Zu Absatz 2

Kommunale Gesundheitskonferenzen werden einberufen, um kommunale Ziele für die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, medizinische Versorgung sowie Pflege zu diskutieren, zu entwickeln beziehungsweise Aktivitäten der beteiligten Akteure in den betreffenden Bereichen zu koordinieren. Hierfür ist eine enge Vernetzung mit den zuständigen Gewährleistungsträgern und den verschiedenen Institutionen vor Ort erforderlich. Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt im Rahmen der allgemeinen Vorschriften, gleichwohl sind die Beteiligten gehalten, im Rahmen der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen, bei der Beratung oder Durchführung von Projekten zusammenzuwirken. 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 sogenannte „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 gegebenenfalls verabschiedet. Auch insoweit ist auf § 6 der Neufassung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Drucksachenummer 15/7723) 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. Die Kommunale Gesundheitskonferenz kann ihre Ergebnisse direkt in die zuständigen gesundheitspolitischen Gremien des Landes einbringen, die sich in angemessener Frist mit dem Anliegen zu befassen haben. Hierzu sollen sie sich an die Geschäftsstellen der Gremien wenden.

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. Des Weiteren sollten die Kommunalen Gesundheitskonferenzen die Ergebnisse ihrer Beratungen veröffentlichen.

#### 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 zu § 2 Absatz 2 dieses Gesetzes.

#### Zu Absatz 6

Der Vorsitz der Kommunalen Gesundheitskonferenz soll der Landrätin/dem Landrat beziehungsweise 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.

Die gemäß Absatz 1 Satz 1 verpflichteten Kreise richten eine Geschäftsstelle zur Organisation und Durchführung der Kommunalen Gesundheitskonferenz ein. Sinnvoll wäre eine Ansiedlung beim örtlich zuständigen Gesundheitsamt, das den nötigen Sachverstand auf den Gebieten der Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung vorhält. Aufgaben einer Geschäftsführung/-stelle sind die Organisation der Sitzungen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen, die Vernetzung und Koordinierung der Beteiligten sowie die Planung und Begleitung der gegebenenfalls durchgeführten Gesundheitsdialoge. Die Geschäftsstelle pflegt darüber hinaus den Kontakt zu den kommunalen Landesverbänden.

#### Zu § 6 Sektorenübergreifender Landesausschuss

##### Zu Absatz 1

In Ausfüllung der bundesgesetzlichen Ermächtigung in § 90 a SGB V (geschaffen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 – BGBl. I Seite 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. Landeskrankenhausausausschuss 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 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 § 90 a 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 7 e 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 § 90 a 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, der Verbände der Pflegeberufe 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 beziehungsweise 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 15 Stimmen). Die Stimmverteilung auf die einzelnen Mitglieder ergibt sich aus Absatz 3 Nummer 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 Mitwirkung der kommunalen Landesverbände

Dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 90 SGB V, in dem das Land beratend mitwirkt, obliegt u. a. die Feststellung, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist. Soweit es um die Feststellung einer ärztlichen Unterversorgung geht, soll durch die Anhörung der kommunalen Landesverbände die Möglichkeit geschaffen werden, regionale Gesichtspunkte aus kommunaler Sicht, insbesondere auch im ländlichen Raum, einzubringen. Das Mitwirkungsrecht des Landes im Landesausschuss wird dadurch nicht eingeschränkt.

#### Zu § 8 Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention

Tragendes Prinzip des Gesundheitsleitbilds Baden-Württemberg ist die Gleichwertigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention neben medizinischer Versorgung und Pflege. Von Geburt an soll allen Menschen in Baden-Württemberg ein 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 gesellschaftliche 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 befasst sich mit landesweiten Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention. Er orientiert sich dabei am Gesundheitsleitbild und der jeweils aktuellen Landesrahmenvereinbarung nach § 20 f Absatz 1 Satz 1 SGB V und begleitet die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung.

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 beziehungsweise 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 § 9 Weitere Gremien

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

#### Zu § 10 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, Landeskranken-

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

Zu § 11 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 § 140 f Absatz 5 SGB V für Reisekosten, Verdienstaufschlag und Pauschbetrag). Eine Kostenerstattung für die sonstigen Mitglieder durch das Land erfolgt nicht.

Zu Absatz 2

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 § 12 Verwaltungsvorschriften

Das für das 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 Gemeindetags – 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 beziehungsweise 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 demografischen 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 haben, 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 Arbeitnehmervertretung auch im Landespflegeausschuss Rechnung getragen werden.

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

#### Zu Artikel 4: Inkrafttreten

Diese Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.