

Patientenbeteiligung auf Landesebene **Wichtige Aspekte (Irene Kolb-Specht)**

Maßgebliche gesetzliche Grundlagen der Patientenbeteiligung auf Landesebene

§ 140 f SGB V „Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten“.

Nach Absatz 1 sind die maßgeblichen Organisationen der Patienten und der Selbsthilfe in Versorgungsfragen zu beteiligen, und zwar

- im Gemeinsamen Bundesausschuss (Abs. 2) und
- in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V sowie in den Zulassungsausschüssen nach § 96 SGB V und den Berufungsausschüssen nach § 97 SGB V, wenn es um so genannte Sonderbedarfe oder Ermächtigungen geht (Abs. 3).

Zur Wahrnehmung dieses Beteiligungsrechts benennen die maßgeblichen Organisationen einvernehmlich „sachkundige Personen“ (Achtung: keine „Patientenvertreter“!).

Zur Konkretisierung dessen, wer oder was unter die „maßgeblichen Organisationen“ fällt und wie die Beteiligung der sachkundigen Personen oder Patienten aussehen soll, wurde das BMGS über § 140 g SGB V ermächtigt, die so genannten Patientenbeteiligungsverordnung zu erlassen.

Art und Inhalt der Patientenbeteiligung auf Landesebene finden schließlich ihren Rahmen in der Zulassungsverordnung und den Bedarfsplanungsrichtlinien, die die Aufgaben und die Arbeitsweise der o.g. Ausschüsse präzisieren und abschließend regeln.

Zu besetzende Gremien auf Landesebene und deren Aufgaben

Landesausschuss nach § 90 SGB V

Für jedes Bundesland wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen ein Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gebildet, der aus jeweils acht Vertretern der Ärzteschaft und der Kassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren Unparteiischen besteht.

Seine Aufgaben richten sich nach dem SGB V; es sind im Wesentlichen

- die Bedarfsplanung nach § 99 Abs. 3 SGB V
- die Feststellung des Versorgungsgrads (Über-/Unterversorgung nach §§ 100 und 101 SGB V)
- ggf. der Beschluss von Zulassungsbeschränkungen nach § 103 SGB V.

Die Bedarfsplanung hat das Ziel, eine ausreichende flächendeckende Versorgung mit niedergelassenen Ärzten sicherzustellen und eine zu große Ärztedichte zu verhindern. Dazu werden innerhalb jeder Kassenärztlichen Vereinigung Planungsbereiche in Kreisgröße ausgewiesen. Pro ärztlichem Fachgebiet wird nun für jeden Planungsbereich eine Verhältniszahl Einwohner pro Arzt festgelegt. Übersteigt nun tatsächliche Ärztedichte die festgelegte Verhältniszahl um einen bestimmten (aktuell: 10%) Prozentsatz, spricht man von Überversorgung und der Landesausschuss beschließt eine Sperre für die Niederlassung weiterer Ärzte. Bei eingetretener oder drohender Unterversorgung setzt der Landesausschuss der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Frist, binnen derer die Unterversorgung zu beseitigen oder auszuräumen ist.

Bei der Bedarfsfeststellung und der Festlegung der Verhältniszahlen orientieren sich alle Landesausschüsse an den dafür erstellten Richtlinien des Bundesausschusses, so genannte Bedarfsplanungsrichtlinien nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 und 102 SGB V. Sie garantieren eine einheitliche Anwendung der Verfahren bei der Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen. Weitere Grundlagen der Bedarfsplanung finden sich in den §§ 99 - 105 SGB V i.V.m. §§ 12-16 Ärzte-ZV.

Zulassungsausschüsse nach § 96 SGB V

Der Zulassungsausschuss wird für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung errichtet und entscheidet über Zulassungssachen. Er besteht aus jeweils drei Vertretern der Ärzte und Krankenkassen, wenn es um rein vertragsärztliche Angelegenheiten geht und aus jeweils vier Vertretern in Angelegenheiten der ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten.

Die Aufgaben des Zulassungsausschuss ergeben sich hauptsächlich aus der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte nach § 98 SGB V:

- Beschluss über Zulassungsanträge (Zulassung für den Ort der Niederlassung = Vertragsarztsitz; die Zulassung ist ein Verwaltungsakt, der zur Behandlung von Kassenpatienten berechtigt.)
- Beschlüsse über das Ruhen einer Zulassung, über die Entziehung einer Zulassung und über den Zeitpunkt des Endes einer Zulassung.
- Aussprache von Ermächtigungen gegenüber Krankenhausärzten oder gegenüber ärztlich geleiteten Einrichtungen.
- Ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze (so genannte Sonderbedarfe), wenn es zur Wahrung der Versorgungsqualität in einem Bezirk unerlässlich ist.

Diese Aufgaben werden auf der Grundlage detaillierter Vorgaben wahrgenommen, die kaum einen Ermessensspielraum lassen.

Die Ermächtigung eines Krankenhausarztes oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung zur ambulanten Behandlung von Versicherten ist nur nachrangig möglich, wenn die niedergelassenen Ärzte selbst kein flächendeckendes und ausreichendes Leistungs

angebot sicherstellen können (Bedarfsfeststellung als Voraussetzung der Ermächtigung; bei fehlerhafter Einschätzung droht u.U. eine Amtshaftungsklage des dadurch in seiner Existenz beeinträchtigten niedergelassenen Arztes). Zwei Bedarfskonstellationen sind denkbar:

- Quantitativer Bedarf, d.h. die Zahl der niedergelassenen Ärzte ist zu gering für ein ausreichendes Angebot (eher selten der Fall, da bundesweit in 2/3 aller Planungsbereiche Zulassungsbeschränkungen gelten; in BaWü z.B. über Jahre hinaus)
- Qualitativer Bedarf, d.h. der Krankenhausarzt bietet bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an, die für eine ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten erforderlich sind und von den Niedergelassenen nicht ausreichend erbracht werden können.

Die Ermächtigung ist zu befristen (i.d.R. 2 Jahre = Grund für die große Zahl an Ermächtigungen) sowie räumlich und inhaltlich (Leistungspositionen) genau festzulegen. Vor jeder – auch wiederholten – Ermächtigung hat eine Bedarfsprüfung stattzufinden.

Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss in Ausnahmefällen dem Zulassungsantrag eines Vertragsarztes der betroffenen Arztgruppe entsprechen, d.h. unter bestimmten Voraussetzungen einen Sonderbedarf feststellen

- bei lokalem Versorgungsbedarf (Versorgungsdisparität in einem großstädtischen Planungsbereich oder einem großräumigen Landkreis),
- bei besonderem qualitativem Versorgungsbedarf (Fehlen einer bestimmten Fachkunde oder fakultativen Weiterbildung innerhalb einer Fachgruppe z.B. Allergologie, Diabetologie, Phlebologie, spezielle Schmerztherapie),
- zur Gründung von Gemeinschaftspraxen mit spezialistischen Versorgungsaufgaben (z.B. kardiologische oder onkologische Schwerpunktpraxis),
- zur schwerpunktmäßigen ambulanten Operationstätigkeit (die ambulanten Angebote der Krankenhäuser bleiben außer Betracht) und
- zur Sicherstellung einer wohnortnahen Dialyseversorgung (im Rahmen der nephrologischen Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten).

Über einen solchen Zulassungsantrag, der zu einer Überschreitung der arztgruppenbezogenen Verhältniszahl führen würde (= Überversorgung), darf der Zulassungsausschuss allerdings nur dann positiv befinden, wenn der Bedarfsplan für das betreffende Versorgungsgebiet eine ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze vorsieht, s. § 102 Abs. 1 SGB V.

Darüber hinaus sind trotz Zulassungsbeschränkungen noch Ausnahmezulassungen möglich für Job-Sharing-Modelle innerhalb einer Gemeinschaftspraxis und für eine Belegarztstätigkeit zur besseren Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs (Voraussetzung: entsprechende Ausschreibung seitens des Krankenhausträgers).

Berufungsausschüsse nach § 97 SGB V

Die Berufungsausschüsse sind in gleicher Weise wie die Zulassungsausschüsse paritätisch besetzt. Ihnen sitzt zusätzlich ein Vorsitzender vor, der die Befähigung zum Richteramt hat.

Seine Aufgabe ist es, über Widersprüche gegen Entscheidungen des Zulassungsausschusses (meist abgelehnte Zulassungen) zu urteilen. Gegen die Entscheidung des Berufungsausschusses steht dem betroffenen Arzt die Klage vor dem Sozialgericht offen.

Arbeitsweise und Besetzung der Ausschüsse, Aufgaben und Befugnisse der Patientenvertreter in den Ausschüssen

Die Arbeit der Ausschüsse ist weitgehend über das SGB V, die Bedarfsplanungsrichtlinien für Ärzte und über die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geregelt (→ geringer Ermessensspielraum).

Demnach hat jeder Zulassungs- und Berufungsausschuss eine Geschäftsstelle, die bei den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelt ist.

Die Sitzungsfrequenz ist höchst unterschiedlich. In Baden-Württemberg z.B. tagen die Zulassungsausschüsse zumeist monatlich und die Berufungsausschüsse alle

zwei Monate bzw. vierteljährlich (ca. 10% der Entscheidungen der Zulassungsausschüsse gehen in den Widerspruchsausschuss). Die Sitzungstermine werden meist für das gesamte Jahr im Voraus bekannt gegeben. Die Zulassungsausschüsse haben jährlich unter anderem über ca. 300-500 Ermächtigungen zu entscheiden (da die Regelbefristung meist 2 Jahre beträgt). Eine Sitzung dauert meist 6-10 Stunden. Die Ausschüsse tagen nichtöffentlich in Abwesenheit der am Verfahren Beteiligten. Der mündlich ausgehandelte Beschluss ist schriftlich festzuhalten. Über den Hergang der Beratungen und das Stimmenverhältnis ist Stillschweigen zu bewahren.

Der Landesausschuss kommt meist nur einmal jährlich zusammen.

Die Ausschüsse sind paritätisch besetzt, d.h. es ist dieselbe Zahl an „sachkundigen Personen“ bzw. „Patientenvertretern“ erforderlich wie Ärzte und Kassen. D.h. max. 8 Patientenvertreter für den Landesausschuss, 3 bzw. 4 jeweils für den Zulassungs- und Berufungsausschuss der Ärzte bzw. Psychotherapeuten. Zusätzlich sollten für jede sachkundige Person fünf Stellvertreter in Baden-Württemberg benannt werden. Die Amtszeit beträgt vier Jahre; die aktuelle Legislatur dauert bis Ende 2005. Die Aufgaben werden ehrenamtlich wahrgenommen. Dafür haben die Ausschussmitglieder Anspruch auf Erstattung ihrer Auslagen und auf eine Aufwandsentschädigung.

Die Patientenvertreter sind nicht bei allen Entscheidungen der Ausschüsse zu beteiligen, sondern nur in den Fällen, in denen es um die Sonderbedarfe und Ermächtigungen geht.

Bezogen auf die Zulassungs- und Berufungsausschüsse bedeutet dies, dass Patientenvertreter bei Ermächtigungsfragen und qualitativen Sonderbedarfsentscheidungen beteiligt werden. Die Tagesordnungen sind meist nach Zulassungs- und Ermächtigungsangelegenheiten sortiert.

Ihre Beteiligung ist auf die Mitberatung beschränkt, d.h. die Patientenvertreter können mitberaten und werden angehört, bei der Beschlussfassung jedoch haben sie den Sitzungssaal zu verlassen.

Bezogen auf den baden-württembergischen Landesausschuss bedeutet dies, dass die Notwendigkeit einer Beteiligung der Patientenvertreter in den nächsten Jahren eher unwahrscheinlich ist, da aufgrund von weithin bestehender Überversorgung fast überall Zulassungsbeschränkungen bestehen (in Baden-Württemberg seit Jahren flächendeckend) und Feststellung von Sonderbedarfen bzw. die Notwendigkeit der Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nur in seltenen Einzelfällen vorkommt (s. § 102 Abs. 1 letzter Satz: zumeist nur auf Bitten eines Zulassungsausschusses; in Baden-Württemberg zuletzt Anfang der 90er Jahre.)

Für ihre Tätigkeit erhalten die sachkundigen Personen aus dem Kreis der Patientenvertretungsorganisationen keine Aufwandsentschädigung, sondern lediglich ihre Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz erstattet; ihr Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie beratend tätig sind (§ 140f Abs. 5 SGBV).

Noch nicht abschließend geklärte Fragen der KV'en in Bezug auf die Patientenvertreter in Baden-Württemberg:

- Auswirkung der gesetzlich vorgegebenen Fusion der regionalen KV'en zum 1.1.2005 auf die Zahl der Zulassungs- und Berufungsausschüsse.
- Einheitliche bzw. gemeinsame Einführung der sachkundigen Personen in ihre neuen Aufgaben.
- Einbeziehung der Patientenvertreter in die laufende Arbeit der Ausschüsse: Gestaltung der Tagesordnung (Anträge werden z.T. chronologisch behandelt, ohne Unterscheidung zwischen Zulassungs- oder Ermächtigungsanträgen), Datenschutz, Tempo der Sitzung, verschworene Gemeinschaft...

Benennungsverfahren, Zusammenarbeit der maßgeblichen Organisationen

Patientenbeteiligung

Laut § 140f Abs. 3 SGB V haben die „auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht“ in

den Ausschüssen. Dazu haben die Organisationen „sachkundige Personen“ zu benennen. Deren Zahl soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitgliedern in diesen Gremien entsprechen, d.h. max. 3 bzw. 4 für die Zulassungs- und Berufungsausschüsse bzw. 8 für den Landesausschuss.

Die zur Konkretisierung der Patientenbeteiligung erlassene Verordnung nach § 140 g SGB V führt nicht weiter aus, wann eine Person als sachkundig zu gelten hat; die Sachkunde soll sich aber auf das „spezifische Problem“ beziehen. Die Sachkunde kann sowohl aus der Betroffenheit als auch aus der Berufserfahrung resultieren. Die Personen müssen nicht unbedingt Mitglied einer „anerkannten Organisation“ sein. Die Verordnung stellt allerdings fest, dass unter den benannten sachkundigen Personen mindestens die Hälfte selbst Betroffene sein sollen. In der Begründung zum Verordnungsentwurf wird die Erwartung geäußert, dass das Spektrum der von vornherein anerkannten Verbände eine entsprechende heterogene und sachkundige Vertreterauswahl gewährleistet.

Benennungsverfahren

Laut § 140 f Abs. 3 SGB V sind die Patientenvertreter einvernehmlich von den anerkannten Patientenorganisationen zu benennen. Diese Regelung ist ebenso wie die Patientenbeteiligungsverordnung nach § 140 g SGB V auf die Landesebene anzuwenden. Demnach müssen Organisationen, die legitimiert oder anerkanntermaßen Patienteninteressen wahrnehmen wollen, folgende Voraussetzungen erfüllen:

- satzungsgemäß die Belange der Patienten und der Selbsthilfe fördern
- satzungsgemäß demokratische Verfahrensregeln zur Legitimation der Funktionsträger vorsehen
- aufgrund ihrer Mitgliederzusammensetzung zur Vertretung von Patienteninteressen berufen sein
- mindestens seit drei Jahren bestehen
- aufgrund ihrer bisherigen Tätigkeit, ihres Mitgliederkreises und ihrer Leistungsfähigkeit eine sachgerechte Aufgabenerfüllung gewährleisten
- finanzielle Unabhängigkeit und Neutralität aufweisen
- gemeinnützig sein

(= Nachbildung zum SGB IX und BGG „anerkannte Behindertenverbände“)

§ 2 Patientenbeteiligungsverordnung nennt vier Organisationen, bei denen das BMGS die Erfüllung der o.g. Kriterien unterstellt und als „maßgebliche Patientenvertretungsorganisation“ anerkennt:

- Deutscher Behindertenrat DBR
- BAG PatientInnenstellen
- DAG SHG
- Verbraucherzentrale Bundesverband vzbv

Auf Antrag kann das BMGS per Verwaltungsakt weitere Organisationen als maßgebliche Organisationen im Sinne der Patientenbeteiligungsverordnung anerkennen.

Als problematisch erweist sich die Anerkennung des DBR als „maßgebliche Organisation“, da der DBR lediglich ein Aktionsbündnis von rechtlich selbstständigen Verbänden, nicht aber selbst rechtlich selbstständig ist. Die BAGH hat deshalb in ihrer damaligen Stellungnahme diese „Aufwertung“ des DBR kritisiert und alternativ vorgeschlagen, dessen wesentlichen Trägerverbände namentlich anzuerkennen. Dies ist leider nicht geschehen, weshalb die Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen nun mit den Konsequenzen dieses Konstrukts zurecht kommen und sich zusammen mit den Beraterverbänden um eine einvernehmliche Benennung der sachkundigen Personen bemühen müssen. Dies verursacht auf Bundesebene einen gewissen Aufwand, auf Landesebene zusätzlich aber auch gewisse Probleme, da der DBR kein Pendant auf Landesebene hat bzw. nicht ohne weiteres einfach auf die Landesebene übertragen werden kann.

Der DBR setzt sich aus drei „Säulen“ zusammen:

- „autonome“ oder nicht organisierte Selbsthilfe wie ISL, Weibernetz, AbiD (allg. Behindertenverband in Deutschland), BAG cbf
- originäre Selbsthilfe mit BAGH und dem Forum des Paritätischen sowie den sich selbst vertretenden Verbänden wie Lebenshilfe, BSK, BVKM, ILCO, Rheuma-Liga, BVApK, BHSA, BPE, Bund zur Förderung Sehbehinderter, Osteoporose, Contergangeschädigte, Kehlkopflose, autistische Menschen, kleinwüchsige Menschen und ihre Familien, Polio, Stotterer, DCCV, Dialyse, Alzheimer, Aids-Hilfe, Gehörlose, DHAG, Narkolepsie, Pro Retina, Blinde und Sehbehinderte, Diabetiker, Dignitas, DMSG, DVMB, Psoriasis, Camphill, Taubblinde, Sklerodermie
- traditionelle Sozialverbände wie VdK, SoVD/Reichsbund, BDH (BV für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter)

Auf Bundesebene koordiniert das Sekretariat des DBR das Einvernehmen innerhalb der DBR-Verbände und mit den anderen maßgeblichen Patienten- bzw. Beraterverbänden.

Auf Landesebene wurden hilfsweise „Ansprechpartner“ (u.a. LAG´en, PatientInnenstellen, ABiD, SoVD) ausgewählt, die mit den auf Landesebene maßgeblichen oder beteiligungsberechtigten Verbänden Kontakt aufnehmen und ein einvernehmliches Benennungsverfahren in Gang setzen sollen, indem sie zu einem ersten Koordinierungs- und Abstimmungsgespräch einladen. In diesem ersten Gespräch ist zu bestimmen, wer bzw. welche Organisation die Federführung für das Benennungsverfahren übernehmen und wie dieses aussehen soll. Die auf Landesebene erstellte(n) Benennungslisten müssen aufgrund des Wortlauts und der Begründung zu § 140 f und g SGB V an die Bundesorganisationen der maßgeblichen Vertreterverbände weitergeleitet werden, da nur diese die sachkundigen Personen sowohl für die Bundes- als auch für die Landesebene in einem gemeinsamen oder in vier gleichlautenden Schreiben/Benennungslisten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Gremien formell korrekt benennen können. Ohne diese einvernehmliche Benennung ist keine formell korrekte Beteiligung der sachkundigen Personen in den Gremien möglich.

Verfahrensvorschlag

- Einladung aller maßgeblichen Organisationen auf Landesebene, soweit bekannt und existent: Information über Arbeit der Ausschüsse, Inhalte der Patientenbeteiligung, Sondieren des Mitwirkungsinteresses der einzelnen maßgeblichen Organisation, Bestimmung einer federführenden Organisation, erste Überlegungen zur Benennung sachkundiger Personen und zur Umsetzung der Beteiligung
- Evtl. Einladung der KV zu einem gegenseitigen Informationsaustausch
- Benennung eines zentralen Ansprechpartners für die KV und ggf. der sachkundigen Personen
- Einführung der sachkundigen Personen durch die KV in die Arbeit der Ausschüsse
- Regelmäßige/r Zusammenarbeit / Erfahrungsaustausch der maßgeblichen Organisationen