

**Das Aktionsbündnis  
Deutscher Behindertenverbände**

Sekretariat:

Sozialverband Deutschland (SoVD)

Bundesverband

Stralauer Straße 63

10179 Berlin

Tel.: 030/72 62 22 120

Fax: 030/72 62 22 328

Mail: [gabriele.paffenholz@sovd.de](mailto:gabriele.paffenholz@sovd.de)

Mail: [hans.juergen.leutloff@sovd.de](mailto:hans.juergen.leutloff@sovd.de)

[www.deutscher-behindertenrat.de](http://www.deutscher-behindertenrat.de)

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0017(4)**

**vom 10.10.2006**

**16. Wahlperiode**

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-VÄG)**

**I. Vorbemerkung**

Der Deutsche Behindertenrat (DBR) ist kein Dachverband, sondern er wurde als loses Aktionsbündnis einzelner Verbände gegründet. Da er kein selbständiger Verband ist, verfügt der DBR üblicherweise über kein Mandat, die Mitgliedsorganisationen in Anhörungen zu vertreten oder in ihrem Namen Stellungnahmen abzugeben. Da der Gesetzesentwurf wesentliche Änderungen der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V vorsieht und in der Patientenbeteiligungsverordnung der DBR als eine der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten aufgeführt wurde, hat sich der Arbeitsausschuss des DBR bezüglich des Entwurfs eines VÄG auf folgende gemeinsame Stellungnahme verständigt.

Der Deutsche Behindertenrat (DBR) begrüßt, dass die mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes im Januar 2004 eingeführte Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nun auch finanziell abgesichert werden soll. Der DBR unterstützt die Klarstellungen im Gesetzentwurf, mit denen die Beteiligungsrechte der Patientenvertreterinnen und –vertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss gesichert werden sollen. Wir halten diesbezüglich noch weitergehende Regelungen für notwendig. Es ist bedauerlich, dass überhaupt die Notwendigkeit besteht, die Ausübung der bereits in § 140 f SGB V fixierten Rechte von Patientenvertreterinnen und –vertretern zu definieren. Aufgrund spitzfindiger Verfahrensauslegungen ist die Normierung von Selbstverständlichkeiten (wie z.B. das Anwesenheitsrecht bei der Beschlussfassung) jedoch erforderlich.

Grundsätzlich befürwortet der DBR die im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen und Instrumente zur Überwindung der Versorgungsengpässe in bestimmten Regionen. Die Regelungen zur Eintreibung der Praxisgebühr lehnen wir ab; Auslegungsschwierigkeiten bzgl. der Begründetheit der Forderung würden damit einseitig auf Patientinnen und Patienten abgewälzt.

## **II. Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **1. Artikel 1 SGB V**

- a. § 95 Abs. 3 SGB V in Zusammenhang mit § 19 a Zulassungsverordnung  
Die Klarstellung, dass die Zulassung zur vollzeitigen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit verpflichtet und die Ermöglichung einer Teilzulassung wird begrüßt. Die Erfahrungen zeigen, dass Ärzte bzw. Psychotherapeuten nicht alle Vollzeit tätig sind. Da sie im Rahmen der Bedarfsplanung trotzdem für einen vollen Vertragsarztsitz mitgerechnet werden, ergeben sich in der Praxis hieraus regionale Unterversorgungen. Gleiches gilt, wenn Ärzte trotz einer kassenärztlichen Zulassung überwiegend Privatpatienten behandeln oder nur einen Ausschnitt aus dem ärztlichen Leistungsspektrum abbilden (z. B. Fokussierung auf Naturheilverfahren). Auch hier müssen Möglichkeiten gesucht werden, das reale Versorgungsspektrum in der Bedarfsplanung abzubilden.
- b. § 95 Abs. 7  
Grundsätzlich wird begrüßt, dass die Altersgrenze für Ärzte in den Fällen ärztlicher Unterversorgung aufgegeben wird. Dies sollte jedoch nur als Übergangsregelung gelten. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass ältere Ärztinnen und Ärzte im Einzelnen nach wie vor die körperlichen und fachlichen Anforderungen für eine sachgerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten erfüllen können.
- c. § 95 Abs. 9  
Die erweiterten Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten werden begrüßt. Die Anstellung von Ärzten bietet insbesondere jüngeren Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, ohne das Risiko einer Praxisgründung ihren Beruf aufzunehmen und kann damit zur Senkung der regionalen Unterversorgung beitragen.
- d. § 101 ff.

Grundsätzlich wird begrüßt, dass im Gesetzentwurf weitere Instrumente zur Überwindung von Unterversorgungen vorgesehen sind. Allerdings wird vermisst, dass grundsätzliche Probleme der Bedarfsplanung mit dem Gesetzentwurf angegangen werden. So wird beispielsweise in der Begründung von § 105 a zur Recht darauf hingewiesen, dass die Planungsbezirke bislang zu groß sind. Hier werden konkrete Vorgaben benötigt, um eine lokal angemessene Bedarfsplanung künftig zu gewährleisten. Ferner ist zu beklagen, dass sich die Bedarfsplanung bislang nur auf viel zu grob definiert Arztgruppen bezieht. Aus Sicht des DBR ist es erforderlich, dass die Arztgruppen je nach Spezialisierung besser ausdifferenziert werden, da auch dies eine sachgerechtere Bedarfsplanung ermöglichen würde. So sollte festgelegt werden, dass für Ärzte mit einer Schwerpunktbezeichnung in der Regel eigene Verhältniszahlen festgelegt werden und nicht nur für die Ärzte innerhalb eines Fachgebietes. Bislang können derartige Spezialisierungen nur im Rahmen der Sonderbedarfszulassungen berücksichtigt werden, was jedoch im Hinblick auf lokale Egoismen der dort niedergelassenen Leistungserbringer kaum umsetzbar ist.

- e. § 105 a  
Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die mit der Interessenvertretung von Patienten betrauten Organisationen sollten im Anhörungsverfahren ebenfalls beteiligt werden.
- f. § 140 c  
Die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung wird begrüßt. Es sollten darüber hinaus Maßnahmen getroffen werden, die dazu beitragen, dass integrierte Versorgungsverträge, die die Versorgung der Versicherten nachweislich verbessern, in anderen KV-Bezirken und von anderen Krankenkassen übernommen werden.
- g. § 140 f.  
Die dort vorgesehenen Änderungen werden seitens des DBR voll umfänglich unterstützt, da sie eine notwendige finanzielle Ausstattung der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter in den Gremien nach § 140 f erst ermöglichen. Es wird insbesondere begrüßt, dass nunmehr neben der Reisekostenerstattung sowohl die Möglichkeit der Geltendmachung von Verdienstentgang als auch eine pauschale Aufwandsentschädigung für Patientenvertreter ermöglicht wird. Allerdings wird in zwei Punkten seitens des DBR weitergehender Änderungsbedarf gesehen. Zum einen sollte sichergestellt werden, dass die Patientenvertreter in den Gremien nach § 140 f Abs. 3 auch die Sitzungsprotokolle erhalten, da dies bislang unverständlicherweise nicht der Fall ist. Ferner bedarf es einer finanziellen Unterstützung der maßgeblichen Organisationen nach § 140 f für die Koordination des nach § 140 f Abs. 4 Satz 3 vorgeschriebenen aufwändigen Benennungsverfahrens. In einigen Bundesländern kann wegen der fehlenden finanziellen Grundlagen bislang die Patientenbeteiligung nur unzureichend umgesetzt werden. Hier wäre zumindest eine pauschale finanzielle Unterstützung höchst wünschenswert.

## 2. Artikel 4 - Sozialgerichtsgesetz

- a. § 182 a  
Seitens des DBR wird die Einführung des Mahnverfahrens zum Einzug der Praxisgebühr als nicht notwendig angesehen. Zum einen Fehlen Belege dafür, dass es sich größenordnungsmäßig tatsächlich um ein relevantes Problem handelt, das Patienten ohne triftigen Grund die Praxisgebühr nicht bezahlen. Ferner darf es nicht zulasten der Patienten gehen, wenn in der Praxis Unklarheiten bestehen, ob bei einem Arztbesuch die Praxisgebühr bezahlt werden muss oder nicht. Immer wieder kommt es bspw. zu Unklarheiten, ob ein Arztbesuch rein prophylaktischen Zwecken dient oder ob über eine Beratung schon ein Behandlungsbezug besteht. In solchen Fällen ist es nicht gerechtfertigt, dass der Patient im Nachhinein mit einem Mahnbescheid überrascht wird. Vorrang muss aus Sicht des DBR eine klarere Formulierung der Tatbestände in § 28 Abs. 4 Satz 2 SGB V haben.
- b. § 19 Abs. 1  
Aus Sicht des DBR ist es nicht akzeptabel, dass künftig nach einem Mahnverfahren durch ein Sozialgericht ein Strafgeld ohne Vorwarnung des Vorsitzenden verhängt werden darf, wenn der Patient keine triftigen Gründe für das Nichtbezahlen der Praxisgebühr vorbringen kann. Die Regelungen des § 28 Abs. 4 Satz 2 SGB V sind derart kompliziert, dass ein Patient auch nach einem Mahnverfahren darauf hingewiesen werden muss, in welchem Umfang er begründungspflichtig ist. Dies umso mehr, weil im sozialgerichtlichen Verfahren kein Anwaltszwang besteht. Ferner fehlen auch hier Belege dafür, dass ein relevantes Problem in der Praxis aufgetaucht ist.

## 3. Artikel 5 – Zulassungsverordnung

- a. § 20 Abs. 2  
Die Erweiterung der Verzahnungsmöglichkeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird begrüßt.
- b. § 24  
Die Erweiterungen der Möglichkeit zur vertragsärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten zur Verbesserung der Versorgung werden begrüßt.
- c. § 25  
Die Möglichkeit der Zulassung von Ärzten über 55 Jahren in unterversorgten Gebieten wird begrüßt.
- d. § 33  
Die Erweiterung der Regelungen zur gemeinsamen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit wird begrüßt, da auf diese Weise eine bessere Verzahnung von unterschiedlichen ärztlichen Leistungen zur Verbesserung der Versorgung möglich wird.
- e. § 36  
Der DBR begrüßt, dass die Einladungsfrist von 2 Wochen für die Patientenvertreter nun verbindlich im Gesetz festgeschrieben ist. Wünschenswert wäre es

darüber hinaus, dass auch in der Zulassungsverordnung verbindlich festgeschrieben wird, dass den Patientenvertretern die Sitzungsprotokolle auszuhändigen sind.

Es kommt teilweise vor, dass Patientenvertreterinnen – und Vertreter nur dann zur Sitzung eingeladen werden, wenn auch Verfahrensbeteiligte geladen werden. Sind keine Verfahrensbeteiligten geladen, so wird das Mitberatungsrecht auf Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme reduziert. Daher hält der DBR eine Ergänzung des § 36 für erforderlich, in der festgelegt wird, dass die Patientenvertreterinnen und –vertreter zu allen Sitzungen der Zulassungs- und Berufungsausschüsse zu laden sind, unabhängig davon, ob eine Ladung von Verfahrensbeteiligten stattfindet oder nicht.

f. § 40

Aus Sicht des DBR ist es hingegen unzureichend, dass in der Zulassungsverordnung lediglich ausdrücklich vorgehalten wird, dass die Patientenvertreter "sachdienliche Fragen stellen" dürfen. Das Mitberatungsrecht muss auch die Möglichkeit umfassen, Hinweise zur lokalen Versorgungssituation oder zu medizinischen Zusammenhängen zu geben. Hilfreich wäre insoweit ein Verweis auf die entsprechenden Angaben in der Patientenbeteiligungsverordnung.

g. § 41 Abs. 1

Der DBR begrüßt nachdrücklich, dass nunmehr ausdrücklich festgehalten wird, dass die Patientenvertreterinnen und -vertreter ein Recht auf Anwesenheit bei der Beratung und Beschlussfassung haben. Dieses Recht ist ihnen bislang teilweise verwehrt worden.

h. Grundsätzlich plädiert der DBR darüber hinaus dafür, die sachkundigen Personen als gleichberechtigte Mitglieder der Ausschüsse (allerdings ohne Stimmrecht) anzusehen. Die §§ 34 Abs. 1 und 35 Abs. 1 wären dahingehend zu ändern, dass die Zulassungs- und Berufungsausschüsse aus stimmberechtigten und nicht stimmberechtigten Mitgliedern, und zwar aus je drei Vertretern der Ärzte, Krankenkassen und drei sachkundigen Personen nach § 140 f Abs. 3 SGB V bestehen. Schließlich sind die sachkundigen Personen mehr als bloße Verfahrensbeteiligte. Ihr Recht auf Mitberatung bezieht sich auf alle entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte: auf die Antragstellung und die Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

Die in den §§ 36, 40 und 41 festgelegten Klarstellungen zum Umfang des Mitberatungsrechts wären damit nicht mehr erforderlich: Als gleichberechtigte Ausschussmitglieder hätten sie selbstverständlich das Recht, bei der Abstimmung und während der gesamten Beratung anwesend zu sein sowie die Sitzungsprotokolle zu erhalten.

i. Barrierefreie Arztpraxen

Der DBR plädiert dafür, die Zulassung von neuen Arztpraxen an das Kriterium Barrierefreiheit der Praxis zu knüpfen.

Barrieren vielfältiger Art erschweren zahlreichen Menschen mit Behinderungen, darunter vielen älteren Menschen, die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von medizinischen Einrichtungen. Dazu gehören neben physiotherapeutische und psychologische Praxen, Krankenhäuser vor allem auch Arztpraxen.

Fehlende Rampen und Aufzüge sowie vorhandene Stufen machen die Praxen für gehbehinderte Menschen unzugänglich. Äußerst problematisch ist auch, wenn die Toiletten nicht rollstuhlgerecht ausgebaut oder wenn Untersuchungs-  
liegen nicht absenkbar sind. Für blinde und sehbehinderte Menschen fehlt es an  
Leitsystemen und Beschriftungen in Großschrift, so dass es bei der Auffindbar-  
keit von Arztpraxen zu Problemen kommt.

#### **4. Artikel 7 - Zulassungsverordnung Zahnärzte**

§§ 36, 40, 41

Die Ausführungen zur Zulassungsverordnung der Ärzte gelten entsprechend.

Berlin, den 04. Mai 2006

Deutscher Behindertenrat (DBR)