

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(65)  
vom 23.06.03**

**15. Wahlperiode**

## **Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)**

### **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gegenüber dem Ausschuß für Gesundheit und Soziale Sicherung**

Die DGPPN nimmt im Folgenden zu den einzelnen Punkten Stellung, soweit unmittelbar oder mittelbar Auswirkungen auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung erkennbar werden.

#### **1. Regelungen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, insbesondere Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung und Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin**

**Rezertifizierung.** Die Verlängerung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung an den Nachweis regelmäßiger Fortbildung zu binden, ist nicht ohne Logik, allerdings nicht wirklich neu. Schon immer besteht eine Verpflichtung zur Fortbildung, deren Nachweis bisher allerdings freiwillig ist. Die Fachgesellschaften und Berufsverbände im nervenärztlichen und psychiatrischen Bereich haben hier seit Jahren eine Vorreiterrolle übernommen. Es sollte aber überlegt werden, ob nicht auf Wunsch des einzelnen Arztes auch Wiederholungsprüfungen ermöglicht werden sollten. Es sollte auch bedacht werden, daß zwischen Strukturqualität einerseits und Prozeßqualität und erst recht Ergebnisqualität andererseits nur lose Korrelationen bestehen. Entscheidend ist aber, daß Prozeß- und Ergebnisqualität gewährleistet ist. Deshalb fragt sich, ob der Nachweis erzwungener Fortbildungskontingente das effizienteste Konzept darstellt. Schließlich ist ärztliche Kompetenz nur eine unter zahlreichen Determinanten für Therapieerfolg unter effizientem Ressourcenverbrauch und Patientenzufriedenheit. International wird nicht generell dem im Gesetzentwurf vorgesehenen Konzept gefolgt. Unbedingt sollte eine internationale Harmonisierung angestrebt werden, angesichts der Freizügigkeit innerhalb Europas zumindest auf europäischer Ebene.

Jedenfalls kann jede Rezertifizierungsdiskussion nicht allein auf die Ärzteschaft begrenzt bleiben. Welche Regelungen auch immer getroffen werden, so müssen sie alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens erfassen. Der Gesetzentwurf scheint aber diesbezüglich nicht alle Berufsgruppen zu erfassen; dies gilt z.B. für Ergotherapeuten.

**Qualitätsmanagement.** Der anscheinend angestrebte gesetzliche Eingriff in die Methodik des Qualitätsmanagements in der Vertragsarztpraxis ist suboptimal. Eine Arztpraxis stellt ein wirtschaftliches Unternehmen dar. Bei anderen Wirtschaftszweigen käme der Staat wohl kaum auf den Gedanken, die Methodik des Qualitätsmanagement vorschreiben zu wollen, selbst wenn es - wie z.B. in der Automobilindustrie - auch ums Überleben gehen kann. Der Gesetzgeber ist berechtigt und verpflichtet, bei Produkten, die die Sicherheit der Bevölkerung tangieren, die Garantie der Ergebnisqualität bzw. - bei medizinischen Leistungen - Prozeßqualität einzufordern. Der Weg dahin, d.h. die Methodik des Qualitätsmanagements, diese Qualität zu gewährleisten, muß aber Sache des einzelnen Unternehmens bleiben, auch in der Arztpraxis. Denn die Methodik des Qualitätsmanagements hat wirtschaftliche Implikationen. Dabei bleibt unbenommen, daß umfassendes Qualitätsmanagement (TQM) z.B. nach dem EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) derzeit die vernünftigste Methodik darstellt; aber das gehört nicht ins Gesetz. Auch hier gilt, daß die tatsächlich erreichte Prozeß- und Ergebnisqualität entscheidend ist, und nicht das Qualitätsmanagement-Verfahren, mit dem diese Ziele erreicht werden.

**Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin.** Sofern die Neutralität und Wissenschaftlichkeit, d.h. Unabhängigkeit sowohl von staatlichen Einflüssen wie auch von Einflüssen der Interessenträger des Gesundheitswesens, eines solchen Institutes gewährleistet ist, kann man schwerlich gegen die vorgesehenen Aufgaben etwas einwenden. Eine unabhängige Information des Bürgers über die Leistungen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten und stationären Versorgung sowie die besten, verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie in der Medizin wäre willkommen. Auch die Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation macht Sinn, zumal in anderen Staaten bereits ähnliche Institutionen etabliert sind. Deutschland ist weltweit nahezu das einzige Land, das bisher nicht in irgendeiner Weise die Kosten-Nutzen-Relation neuer Arzneimittel würdigt. Schon allein aus dieser internationalen Perspektive macht die Kosten-Nutzen-Bewertung Sinn. Dies gilt nicht allein für Arzneimittel. Eine Schwäche des (europäisch harmonisierten) Medizinproduktegesetzes ist, daß mit der Konformitätserklärung (CE-Mark) im wesentlichen nur die technische Qualität (1. Hürde = Herstellungsqualität) gewährleistet wird. Bei den Medizinprodukten könnte sich das Institut also um darüber hinaus um Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Kosteneffizienz kümmern. Dasselbe gilt für neue medizinische Verfahren, z.B. Operationen oder auch Psychotherapieverfahren. Entscheidend wäre aber, daß die Bewertungen durch das Institut streng wissenschaftlichen Regeln folgen. Das bedeutet auch, daß nicht stereotyp z.B. Strukturmodifikationen von Arzneimitteln als Analogpräparate abqualifiziert werden und damit Verbesserungen im Arzneimittelschatz sabotiert werden.

Mit der selbständigen und eigenverantwortlichen Erstellung evidenzbasierter Leitlinien und pflegerischer Standards für ausgewählte Krankheiten wäre das Institut überfordert. Leitlinien können nur von der Wissenschaft und den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen entwickelt werden. Hierzu existiert inzwischen eine ausgefeilte Methodik, die sich - wie jede Wissenschaft - künftig weiter entwickeln wird. Dem Institut wäre nur die Koordinierung der methodische Vorgaben und die Koordinierung und Finanzierung der Leitlinienentwicklung selbst und Entwicklung von Materialien zur Patienteninformation zuzumuten. Die Inhalte müßten der Wissenschaft überlassen bleiben.

Die dem Institut zugedachte Aufgabe, "Empfehlungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen" zu erarbeiten, läßt unkalkulierbare Ermessensspielräume offen.

## **2. Veränderungen bei den Versorgungsstrukturen, u.a. Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung und Einbeziehung in das Einzelvertragssystem, Einbeziehung der fachärztlichen Versorgung in das Einzelvertragssystem, Förderung integrierter Versorgungsformen, Teilöffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung**

**Hausarzt als Gatekeeper.** Ob die Einführung eines Primärarztsystems mit einer Lotsenfunktion des Hausarztes die gewünschte Effizienzsteigerung herbeiführt, muß mangels Daten dahingestellt bleiben. Grundsätzlich erscheint eine Lotsenfunktion sinnvoll. Diskussionswürdig ist aber, ob die Lotsenfunktion einem bestimmten Fachgebiet - hier der Allgemeinmedizin - zugeschrieben werden muß. Alternativ - und sowohl freiheitlicher als auch pragmatischer - wäre, jedem Vertragsarzt die Lotsenfunktion abzuverlangen. So könnte dem ersten vom Patienten konsultierten Arzt dieses "Case Management" auferlegt werden.

Die vorgesehene (und im Gesetzentwurf keineswegs neue) Beschränkung der Lotsenfunktion auf den Hausarzt ist aber bei psychischen Krankheiten ungeeignet. Psychische Krankheiten nehmen überwiegend einen chronisch-rezidivierenden oder chronischen Verlauf. Gerade bei psychischen Krankheiten ist die personelle Kontinuität unabdingbar. Den Direktzugang zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu verwehren, indem der Hausarzt obligat zwischengeschaltet wird, wäre ein folgenschwerer Rückschritt. Verheerend kann sich die vorgesehene Regelung auswirken, daß der Direktzugang zu Psychologischen Psychotherapeuten erhalten bleiben soll, nicht aber der zu Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie: Das Tätigkeitsfeld der Psychologischen Psychotherapeuten definiert sich nach den von ihnen eingesetzten Verfahren, ist also anbieterdominiert. Der Patient wird einseitig von diesem selektiven Direktzugangsrecht Gebrauch machen, was eine sachgerechte, umfassende Differentialdiagnostik und multimodale Therapie unmöglich macht oder zumindest erheblich hinauszögern wird. Das wird sich nicht nur zum Nachteil des Patienten auswirken, sondern wird eine neue Kostenspirale initiieren.

Wenn der Hausarzt schon als Lotse definiert werden soll, so wären der Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie wie der Kinderarzt, Gynäkologe und Augenarzt hiervon auszunehmen. Die Inanspruchnahme des Lotsen mit Boni für den Versicherten zu belohnen, darf jedenfalls sachgerechte ärztliche Behandlung nicht behindern. Dies gilt für etwaig restriktive Verordnungspraxis wie auch die fehlende Inanspruchnahme des Spezialisten.

**Sicherstellungsauftrag.** Die Übertragung des Sicherstellungsauftrages gleichermaßen auf Vertragsärzte (Kassenärztliche Vereinigungen) und Krankenkassen wird die Krankenkassen mit interessanten Aufgaben konfrontieren. Für die "Zuschauer" wird besonders interessant sein zu erleben, mit welchem Erfolg beide Parteien diese Aufgabe gemeinsam meistern.

**Einkaufsmodelle.** Die Ermöglichung von Einzelverträgen zwischen Vertragsarzt(-gruppen) und Kostenträgern ist keineswegs neu (z.B. für Disease-Management-Programme geltendes Recht). Sie ist zweifellos mit neuer Bürokratie belastet und kann die flächendeckend gleichmäßige Versorgung gefährden. Psychisch Kranke stehen hier in besonderer Gefahr, sich im Dschungel der Zuständigkeiten zu verlieren. Insbesondere droht aber die Gefahr, daß die bei psychischen Krankheiten besonders notwendige personelle Kontinuität in der Therapie geopfert wird.

**Öffnung des Krankenhauses und Gesundheitszentren.** Die Teilöffnung des Krankenhauses für ambulante Leistungen in unterversorgten Regionen und für hochspezialisierte Leistungen klingt plausibel. Aber wer definiert mit welcher Methodik die Regionen bzw. Leistungen? Die Idee des "Gesundheitszentrums" revitalisiert das Konzept der in den neuen Bundesländern mit der deutschen Vereinigung liquidierten Polikliniken.

Wenn die Erweiterung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses die Kooperation zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt zugunsten beider und insbesondere der Patienten verbessern hilft, ist das willkommen. Hier besteht gerade bei psychischen Krankheiten Bedarf, um die Behandlungskontinuität für Subgruppen chronisch Kranker besser ermöglichen zu können. Dabei hilft aber nicht allein die einseitige Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses. Es bedarf der Integration, also der Verbesserung der bestehenden Gesetze zur integrierten Versorgung (§ 140 ff SGB V). Wenn die Erweiterung nur dazu dienen soll, die ambulante fachärztliche Versorgung zu liquidieren, so wäre dies gerade bei psychischen Krankheiten zum Nachteil der Patienten, indem die Gemeindenähe der Versorgung im Lebensfeld der Patienten pervertiert würde.

**Integrierte Versorgung.** Die vorgesehenen Erleichterungen, Verträge über integrierte Versorgungskonzepte abzuschließen, werden grundsätzlich begrüßt. Die Überwindung der Sektorgrenzen ist für die sachgerechte Versorgung psychisch Kranker angesichts des überwiegend chronischen oder chronisch rezidivierenden Krankheitsverlaufes besonders wichtig. Immerhin muß aber auf das Risiko hingewiesen werden, daß die Ermöglichung Krankenkassen-individueller integrierter Versorgung die gleichmäßige Versorgung aller Versicherten nicht mehr gewährleistet sein kann. Des weiteren bedürfen psychisch Kranker spezifischer Unterstützung, um sich in der zu erwartenden Vielfalt der Angebote zurechtzufinden.

### **3. Reform des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems**

Die Einführung von Kopfpauschalen für die hausärztliche Versorgung kann zu rein ökonomisch motivierter, restriktiver Verordnungs- und Überweisungspraxis führen. Kopfpauschalen wurden in den 60er Jahren durch ein Einzelleistungssystem ersetzt, gerade um Qualitätsdefizite zu begegnen. (Dasselbe gilt übrigens für die Lotsenfunktion des Hausarztes.)

Fallpauschalen für ambulante fachärztliche (vertragsärztliche) Leistungen werden im Bereich psychischer Krankheiten auf die bekannten Schwierigkeiten stoßen, die der Gesetzgeber anerkannt hat, indem er stationäre Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin aus dem DRG-Entgeltsystem ausgenommen hat. Im ambulanten Bereich eignen sich Fallpauschalen allenfalls für das ambulante Operieren. Allerdings arbeitet auch die

DGPPN an Konzepten, die für bestimmte Patientengruppen, die hochfrequent stationäre und ambulante Leistungen in Anspruch nehmen müssen, Komplexentgelte ermöglichen könnten. Vor Einführung solcher Komplexentgelte in die Abrechnungspraxis müßten diese aber sorgfältig wissenschaftlich, d.h. gesundheitsökonomisch evaluiert werden, um Schaden infolge Fehlanreizen von den Patienten fernzuhalten.

Die vorgesehene Änderung von § 85(4) SGB V, wonach "im Verteilungsmaßstab Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen sind, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten", wird ausdrücklich begrüßt. Diese Änderung ist lange überfällig und unverzichtbar, um die sachgerechte, multimodale Behandlung psychisch Kranker zu gewährleisten. Dies gilt in besonderem Maße bei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

#### **4. Änderungen bei der Arzneimittelversorgung, insbesondere Liberalisierung der Arzneimittelpreisverordnung, Ausweitung des gesetzlichen Rahmens für Vereinbarungen zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen über Rabatte auf die Listenpreise von Arzneimitteln, Zulassung des Mehrbesitzes für Apotheken, Zulassung des Versandhandels für Arzneimittel, Flexibilisierung des Vertragsrechts**

Wenn auch ökonomisch verständlich, so bergen die vorgesehenen Regelungen das erhebliche medizinische Risiko, daß den jeweiligen Versicherten ökonomisch motiviert eine Pharmakotherapie entsprechend des Standes der Wissenschaft vorenthalten wird, indem die Krankenkassen mittelbar Einfluß auf die Verordnungspraxis nehmen. Psychisch Kranke können durch die womöglich durch die Krankenkasse erzwungene Nutzung des Versandhandels (der gerade bei chronischen Krankheiten ökonomisch sinnvoll sein kann) überfordert werden; dies gilt sowohl bezüglich der Art der Therapie als auch bezüglich der dann mangelnden persönlichen Beratung durch den Apotheker.

#### **5. Neuordnung der Finanzierung, Neugestaltung der Zuzahlungen sowie der Befreiungsregeln, beitrags- und versichertenrechtliche Veränderungen**

Der geplante Verzicht auf eine Härtefallregelung ist zwar auf den ersten Blick angesichts der Möglichkeit der Ermäßigung der Zuzahlungen bei Einschreiben in eines der speziellen Versorgungskonzepte plausibel. Psychisch Kranke gehören krankheitsbedingt leider auch ökonomisch zu den in besonderem Maße Unterstützungsbedürftigen. Sie werden zumindest große Probleme haben, sich in dem zu erwartenden Dschungel von Versorgungskonzepten und deren Auswirkungen auf die Höhe ihrer Zuzahlungen zurecht zu finden. Zumindest für psychisch Kranke bedarf es auch zukünftig der Härtefallregelungen, um zu vermeiden, daß sie verelenden und/oder notwendige, wirksame Therapie aus ökonomischen Gründen nicht in Anspruch nehmen.

## **6. Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und Schaffung effizienterer Konfliktlösungsmechanismen**

Die Organisationsreform der Organe der Selbstverwaltung wäre willkommen, wenn sie denn tatsächlich Konflikte schneller lösen helfen würde.

## **7. Änderungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Zahntechnik**

Hier sind psychisch Kranke nicht in spezifischer Weise betroffen, weshalb es der DGPPN nicht zusteht zu kommentieren.

## **8. Änderungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung**

Die vorgesehene Regelung von § 32 SGB V, wonach bei Nichtinanspruchnahme des Angebotes der "Krankenkasse, die Leistungen wohnortnah sowie in zumutbarer Weise durch Personen erbringen zu lassen, mit denen sie einen Vertrag nach § 125 Abs. 2 Satz 4 geschlossen hat", die Krankenkasse die Kosten nur in "Höhe des niedrigsten Preises, den die Krankenkasse mit diesen Leistungserbringern vereinbart hat, trägt, gefährdet die gerade bei psychischen Krankheiten besonders wichtige personelle Kontinuität, hier in der Psychotherapie.

## **9. Stärkung der Patientensouveränität und Ausbau von Rechten, Wahl- und Einflußmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten, Prävention und Selbsthilfe, Verbesserung der Transparenz auf allen Ebenen und Einführung von Patientenquittungen sowie der elektronischen Gesundheitskarte, Datensammlungen, Datenschutz, verstärkte Bekämpfung des Missbrauchs und der Korruption im Gesundheitswesen**

Gegen die Wahrung der Bürgerrechte, wenn Krankheit eine Patientenrolle erzwingt, kann niemand Einwände haben. Gerade in der Versorgung psychisch Kranker ist die Wahrung der Bürgerrechte von besonderer Bedeutung, falls krankheitsbedingt der Betroffene diese Rechte nicht mehr autonom in Anspruch nehmen kann. Die an der Versorgung psychisch Kranker mitwirkenden Berufsgruppen legen großen Wert darauf, daß für diese Fälle klare gesetzliche Regelungen vorgesehen sind. Wenn ein Patientenbeauftragter das Einhalten dieser gesetzlichen Regelungen begleitet, so ist auch dagegen grundsätzlich nichts einzuwenden. Allerdings müßten die Aufgaben und Kompetenzen eines Patientenbeauftragten klar definiert werden, bevor sich einschätzen läßt, inwieweit aus dieser Institution nicht nur neue Bürokratie, sondern echter Nutzen erwächst.

Die Förderung der Prävention und die Belohnung des Versicherten für die Teilnahme an Präventionsprogrammen ist zu begrüßen. Das Vorhaben ist mutig, denn die notwendigen erheblichen Investitionen werden sich erst nach Jahren auszahlen. Da viele psychische Erkrankungen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter beginnen, sind hier spezielle Früherkennungs- und Präventionsprogramme, wie sie bereits für Psychosen an mehreren Zentren etabliert wurden, flächendeckend aufzubauen.

Auch gegen Informations- und Anhörungsrechte von Patienten beim "Zentrum für Qualität in der Medizin" und bei den Bundesausschüssen der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen und beim Ausschuß Krankenhaus kann man keine ernsthaften Einwände haben. Wichtig wäre aber, etwas über die vorgesehene demokratische

Legitimation solcher Patientenvertreter zu erfahren. Schließlich - und das ist angesichts zum Teil nicht perfekt mit dem Stand der Wissenschaft in Einklang stehender Entscheidungen der Bundesausschüsse (z.B. jüngst zur Behandlung mit modernen, sog. atypischen Neuroleptika) wirklich wichtig - sind auch den Fachgesellschaften Anhörungsrechte bei den Bundesausschüssen einzuräumen. Diese Forderung trägt die DGPPN seit Jahren vor (Psycho 24 (1998) 560-561; Psychopharmakotherapie 6 (1999) 70-71; Psychoneuro 29 (2003) 16-18). Es ist nicht nachvollziehbar, daß die "Ärztegesellschaften der besonderen Therapierichtungen" angehört werden, nicht aber die Fachgesellschaften. Die Entscheidungen der Bundesausschüsse geraten so unter Verdacht, eher Partikularinteressen als der Wissenschaft verpflichtet zu sein.

Gegen die Einführung der Patientenquittung als Instrument der Transparenz und zur Vorbeugung vermeintlichen Abrechnungsbetruges sind nur die damit verbundenen Kosten abzuwägen. Damit zwangsläufig verbunden ist die Bereitschaft und der Aufwand, potentiell in jedem Einzelfall die medizinische Sinnhaftigkeit ärztlichen Handelns darzulegen.

Gegen die elektronische Gesundheitskarte ist nur einzuwenden, daß es sich um eine veraltete Technologie handelt. Sinnvoll ist die entsprechende Sammlung behandlungsrelevanter Patientendaten in der sog. elektronischen Patientenakte. Die Zusammenführung von Leistungs- und Abrechnungsdaten ist grundsätzlich sinnvoll (wenn das die Datenschutzgesetze zulassen).

Ob sich die Einzelfälle von Mißbrauch oder Korruption durch die vorgesehenen Regelungen, insbesondere das Insitut eines Korruptionsbeauftragten, verhindern oder die Aufklärungsquote erhöhen läßt, darf bezweifelt werden. Es ist nicht erkennbar, daß das Gesundheitswesen in besonderem Maße anfällig für Mißbrauch und Korruption wäre. Also bleibt unverständlich, warum gerade hier über die bewährten Mechanismen der Verbrechensbekämpfung hinausgehend spezielle Institutionen eingeführt werden sollen. Jedenfalls strahlt von diesen Regelungen eine Botschaft tiefen Mißtrauens in die Bevölkerung, das dem unverzichtbaren Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Patientinnen einerseits und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen andererseits keinesfalls förderlich ist. Dies gilt in besonderem Maße bei psychischen Krankheiten.

### **Antrag der Fraktion der CDU/CSU "Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen - Gesundheitspolitik neu denken und gestalten"**

#### **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gegenüber dem Ausschuß für Gesundheit und Soziale Sicherung**

Der in nicht unerheblichem Maße noch zu konkretisierende Antrag der Fraktion der CDU/CSU zeigt eine Reihe von grundsätzlichen Übereinstimmungen mit dem Gesetzentwurf. Die DGPPN nimmt im Folgenden nur zu den Punkten Stellung, bei denen unmittelbar oder mittelbar Auswirkungen auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung erkennbar werden. Die DGPPN verzichtet dabei darauf, Punkte noch einmal zu kommentieren, zu denen bereits im Zusammenhang

mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG) Stellung genommen wurde, und verweist auf die entsprechende Stellungnahme.

Grundsätzlich ist das Konzept, spezielle Leistungsbereiche wie hier den Zahnersatz aus dem Leistungskatalog herauszunehmen und verpflichtend privat abzusichern, nachvollziehbar, indem dadurch partiell ein Übergang zur kapitalgedeckten Versicherung mit den entsprechenden Vorteilen angesichts des demographischen Wandels eingeleitet wird. Jedoch bedeutet dies einen Paradigmenwechsel, ohne daß dieser transparent gemacht wird. Ein solcher Paradigmenwechsel kann nur tragfähig sein, wenn der Auswahl der aus dem GKV-Katalog auszugliedernden Leistung ein wissenschaftlich begründbarer, gesundheitsökonomischer Algorithmus erkennbar zugrunde liegt. Solange dies nicht der Fall ist, besteht die Gefahr oder entsteht zumindest der Eindruck der Beliebigkeit. Wegen der besonderen ökonomischen Probleme bei relevanten Untergruppen psychisch Kranker bedarf es spezieller Schutzmaßnahmen.

Der Gesetzentwurf wie der CDU/CSU-Vorschlags sehen Selbstbeteiligungsregelungen vor. Selbst die Begrenzung einer Selbstbeteiligung auf bis zu 2% des jährlichen Bruttoeinkommens vermittelt nur bedingten Schutz vor Verelendung oder Nicht-Inanspruchnahme notwendiger Therapie, indem es einen deutlichen Unterschied macht, ob man 2% von der Sozialhilfe oder 2% von einem mittleren Einkommen selbst beisteuern muß. Auch hier bedürfen psychisch Kranke wegen ihrer besonderen ökonomischen Probleme also spezieller Schutzmaßnahmen.

### **Antrag der Fraktion der FDP "Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen"**

### **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gegenüber dem Ausschuß für Gesundheit und Soziale Sicherung**

Die DGPPN nimmt im Folgenden nur zu den Punkten Stellung, bei denen unmittelbar oder mittelbar Auswirkungen auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung erkennbar werden. Die DGPPN verzichtet dabei darauf, Punkte noch einmal zu kommentieren, zu denen bereits im Zusammenhang mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG) Stellung genommen wurde, und verweist auf die entsprechende Stellungnahme. Der in nicht unerheblichem Maße noch zu konkretisierende Antrag der Fraktion der FDP fordert eine Liberalisierung, die grundsätzlich zu begrüßen ist. Je stärker aber liberalisiert wird, desto mehr Schutzmaßnahmen sind geboten für Bürger, die krankheitsbedingt in der Inanspruchnahme ihrer Wahlmöglichkeiten eingeschränkt sind. Dies gilt insbesondere für psychisch Kranke. Es kann nach dem derzeitigen Stand des Antrages nur vermutet werden, daß diese Probleme im weiteren Gang der Konkretisierung adressiert werden.

Die Forderung, einen Pflichtleistungskatalog der GKV zu definieren und diesen zu begrenzen, ist grundsätzlich nachvollziehbar aber methodologisch ausgesprochen anspruchsvoll. Grundsätzlich ist auch das damit zusammenhängende Konzept, spezielle Leistungsbereiche wie hier die zahnmedizinische Behandlung und private Unfälle aus dem Leistungskatalog herauszunehmen und verpflichtend privat abzusichern, nachvollziehbar, indem dadurch partiell ein Übergang zur kapitalgedeckten Versicherung mit den entsprechenden Vorteilen angesichts des demographischen Wandels eingeleitet wird. Jedoch bedeutet dies einen Paradigmenwechsel, ohne daß dieser transparent gemacht wird. Ein solcher Paradigmenwechsel kann nur tragfähig sein, wenn der Auswahl der aus dem GKV-Katalog auszugliedernden Leistung ein wissenschaftlich begründbarer, gesundheitsökonomischer Algorithmus erkennbar zugrunde liegt. Solange dies nicht der Fall ist, besteht die Gefahr oder entsteht zumindest der Eindruck der Beliebigkeit. Wegen der besonderen ökonomischen Probleme bei relevanten Untergruppen psychisch Kranker bedarf es spezieller Schutzmaßnahmen.

Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen, Boni und Beitragsrückgewähr sind grundsätzlich - wenn auch in begrenztem Maße - geeignete Steuerungsinstrumente. Jedoch bedarf es spezieller Schutzmaßnahmen für Bürger, die krankheitsbedingt in ihren Möglichkeiten eingeschränkt sind, mit diesen Instrumenten so umzugehen, daß ihre Versorgung darunter nicht leidet. Dies gilt insbesondere für psychisch Kranke.

Die Forderung nach Entbürokratisierung ist zweifellos willkommen, aber in der Umsetzung ausgesprochen schwierig. Jedenfalls darf Entbürokratisierung im Gesetz nicht dazu führen, daß die Selbstverwaltungspartner die entstehenden Lücken mit desto mehr Bürokratie auffüllen.

Das Prinzip der Einheitlichkeit und Gemeinsamkeit bei den Krankenkassen aufzugeben, kann gerade bei psychisch Kranken die Gleichmäßigkeit der Versorgung gefährden. Auch hier wären also spezielle Schutzmaßnahmen vorzusehen.

Prof. Dr. med. Jürgen Fritze  
Arzt für Neurologie & Psychiatrie  
Professor für Psychiatrie  
Universität Frankfurt am Main  
Gesundheitspolitischer Sprecher der Deutschen Gesellschaft  
für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde  
(DGPPN)  
D-50259 Pulheim  
Asterweg 65  
Tel. dienstl. (0221) 37662-70  
Telefon/Fax (0 22 38) 5 47 81  
Mobil-Tel. (0173) 5123250