

**Zur Anhörung zum Gesundheitssystem-
modernisierungsgesetz am 23.06.03**

Teil 1.

- Regelungen zur Verbesserung der Qualität -

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(92)
vom 27.06.03

15. Wahlperiode

1. Besondere Situation der Psychotherapie

Bevor auf einzelne Aspekte der Qualitätssicherung einzugehen ist, sei vorweg auf die besondere Situation im Bereich der Psychotherapie hingewiesen. In der Psychotherapie ist bereits soviel Qualitätssicherung, Indikations- und Wirtschaftlichkeitsprüfung mit obligatem Gutachterverfahren vor Beginn jeder psychotherapeutischen Behandlung, Supervision und Intervisionsgruppen, sowie Qualitätszirkel verwirklicht, wie in keinem anderen medizinischen Fachgebiet. Mit dem vor jeder Therapie obligaten Gutachterverfahren wird eine **einzelfallbezogene** Überprüfung auf Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Behandlung durch einen von den Krankenkassen berufenen Fachkollegen vorgenommen, um eine Leistungsverpflichtung der Krankenkassen zu begründen. Daneben erfüllt das Gutachterverfahren noch qualitätssichernde Aspekte, vor allem hinsichtlich der Prozessqualität.

Von daher besteht kein erkennbarer spezifischer Handlungsbedarf seitens des Gesetzgebers hinsichtlich weiterer Qualitätssicherungsmaßnahmen. Innerhalb des Psychotherapie-Bereiches sind bereits mehrere Projekte, vor allem zur Versorgungsforschung, initiiert. Wegen der zu behandelnden, hoch individuell determinierten seelischen Störungen ist der Schwerpunkt der Qualitätssicherung im ambulanten Bereich auf die Versorgungsforschung (Untersuchung von Behandlungsentwicklungen und -erfolgen unter Versorgungsbedingungen) zu legen. Dieser Schwerpunkt sollte auch zukünftig im Rahmen des neu geschaffenen Verbunds Psychotherapie-Forschung (BMWF und BMG) verfolgt werden. Aus den Ergebnissen dieser Forschung könnten künftig Konsequenzen für weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der Psychotherapie ableitbar werden. Insofern wird vermutlich im Bereich Psychotherapie der

Verbund Psychotherapieforschung entscheidender sein, als ggf. das Zentrum für Qualität in der Medizin.

2. Deutsches Zentrum für Qualität

Ein Zentrum für Qualitätssicherung könnte eine hilfreiche Funktion entwickeln, soweit tatsächlich eine weitgehende Unabhängigkeit von interessengeleiteten Entscheidungsprozessen erreicht werden kann und eine Überfrachtung mit Funktionen und Kompetenzen vermieden wird. Allerdings hängt die künftige Qualität dieser Einrichtung maßgeblich davon ab, dass deren Funktion nicht zu umfassend konzipiert und ausgelegt wird.

In der jetzigen Fassung dürfte es kaum realisierbar sein, dass zu der ungeheuer großen Zahl der medizinisch definierten Krankheiten und Krankheitszustände und deren Kombinationen hinreichend zeitnah und umfänglich Leitlinien und daraus abgeleitete Qualitätsstandards zu entwickeln. Bereits bei einer Annahme von 50 Leitlinien würden u.U. schon erhebliche Kapazitäten durch deren ständige Aktualisierung gebunden sein. Da aber den Realisierungen von derartigen Standards beim Wettbewerb der Krankenkassen eine wichtige, den Wettbewerb bindende, qualitätserhaltende Funktion zukommen soll, hätte aber eine Überforderung der Funktion des Deutschen Zentrums für Qualität sehr problematische Auswirkungen für die Qualitätsentwicklung.

Es dürfte nur schwer realisierbar sein, die medizinischen Kompetenzen in geronnener Form dort zu vereinen, die derzeit in produktiven wissenschaftlichen Auseinandersetzungen, in Meinungsvielfalt, in der kooperativen Verknüpfung von Wissen verschiedenster Fachrichtungen sich in fließender Form herausbildet. Wesentliche Aspekte der Qualitätssicherung können nicht aus der Verantwortung und Kompetenz der praktizierenden Ärzte bzw. Psychotherapeuten herausverlagert werden.

3. Maßnahmen zur Fortbildung

Die mit dem GMG eingeführten Verpflichtungen zur Fortbildung, soweit sie nicht nach zu starren Vorgaben zu erfolgen hat, sind sinnvolle Maßnahmen. Wichtig wäre, dass in die Konzeptualisierung der Sachverstand der in der Versorgungspraxis stehenden Ärzte/Psychotherapeuten einfließen kann. Auch ist wichtig, dass die Kompetenzen der Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer vollumfänglich genutzt werden.

Zur Anhörung zum Gesundheitssystem- modernisierungsgesetz am 23.06.03

Teil 2.

- Veränderungen der Versorgungsstrukturen -

Der bvvp begrüßt Regelungen zur Flexibilisierung der Versorgungsstrukturen. Hier sind als sinnvolle Maßnahmen zu nennen:

- Ausbau integrierter Versorgungsformen
- Teilöffnung von Krankenhäusern im Bereich der Großgeräte
- Zulassung von Gesundheitszentren
- neue Vertragsformen für die hochtechnisierte Medizin.

In wesentlichen Punkten bedürfen u.E. allerdings die darüber hinausgehenden geplanten Flexibilisierungen und Umsteuerungsmaßnahmen noch einer Justierung auf die fachlichen und versorgungsrelevanten Erfordernisse der Psychotherapie im Besonderen und der (fach-)ärztlichen Versorgung im Allgemeinen.

Das geplante Einzelvertragssystem mit den entsprechenden fest definierbaren Leitlinien- und QS- Bestimmungen ist am ehesten und zielgenauesten im hochtechnisierten Bereich der fachärztlichen Tätigkeit umzusetzen. Demgegenüber hätte der Teil der haus- und fachärztlichen Versorgung, der hochindividuelle, psychosomatisch und psychosozial mit bedingten und beeinflussten Leidenszuständen diagnostiziert und behandelt – darunter insbesondere die sprechende Medizin, einschließlich der Psychotherapie – mit der Einführung des Wettbewerbs die größten Nachteile zu erwarten. Darüber hinaus sind in diesen Versorgungsbereichen aufgrund der nur individuell zu bestimmenden Behandlungserfordernisse am schwersten (oder gar nicht) geeignete Systematisierungen und systematische QS-Kontrollmaßnahmen allgemeingültig zu definieren und anzuwenden. Die Einführung eines generellen Einzelvertragssystems würde alle Bereiche, in denen die Therapeut- oder Arzt-Patientenbeziehung wesentlicher Bestandteil der Behandlung ist und weniger hochtechnisierte Geräteleistungen, aufgrund dieses Tätigkeitsprofils nicht angemessener Wettbewerbsbedingungen belasten.

Je mehr Gesprächsorientiertheit im Versorgungsalltag einer Praxis realisiert wird, desto wichtiger ist, dass dieser nicht einem Wettbewerb mit ökonomischen Druck ausgesetzt wird. Die der Individualität des Einzelnen und seiner individuellen Leidenszustände Rechnung tragende, humane Dimension der Medizin im Allgemeinen und der Psychotherapie im Speziellen, ist am ehesten bedroht, wenn über ein Vertragssystem mit wirtschaftlich determinierten Mechanismen und normierenden Kontrollmaßnahmen Einfluss auf das Behandlungsgeschehen ausgeübt würde. Es ist nicht zielführend, die technisierte Medizin auf der einen Seite und die rein auf Gesprächsleistungen beschränkte „Medizin“, die Psychotherapie auf der anderen Seite über denselben Kamm gleicher Regulierungen zu scheren. Man müsste, wenn es so weit käme, befürchten, dass es zu Verzerrungen kommt, die die bisher schon wirksamen Benachteiligungen dieser Bereiche der sprechenden Medizin unter der Regie der Selbstverwaltungsorgane dann noch erheblich überträfen.

A. Der bvvp plädiert daher für folgende Modifikationen:

1. Verbleib von Teilen des Facharztbereiches im Kollektivversorgungssystem

Nicht nur der Hausarzt- sondern auch der Facharztbereich sollte zu bestimmten Teilen in den Kollektivverträgen belassen bleiben. Allenfalls die Bereiche mit hoher Technisierung könnten ggf. in die Regelungen des Einzelvertragswesens einbezogen werden. Eine Zersplitterung der Versorgungsstrukturen im angedachten Ausmaß, ohne eine Koordination unter fachlich-medizinischen bzw. fachlich-psychotherapeutischen Gesichtspunkten, sollte auf jeden Fall vermieden werden. Eine von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gemeinsam getragene Bedarfsplanung sollte beibehalten werden.

2. Unverzichtbarer Verbleib der Psychotherapie im Kollektivvertragssystem

Auf jeden Fall sollten die Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, aber auch die Psychiater und Psychotherapeuten im Kollektivsystem wie die Haus-, Frauen- und Augenärzte verbleiben können. Als Gründe dafür sind anzuführen:

- Ein großer Teil der Behandlungen psychischer Erkrankungen kann nicht vom Hausarzt im Rahmen einer Basisversorgung übernommen werden. Ohne niederschweligen Zugang zum Psychotherapeuten würde es zu einer Medikalisierung psychischer Störungen kommen mit allen problematischen Folgen für den Patienten und teuren Folgekosten für die Allgemeinheit. Etliche Untersuchungen belegen, dass immer noch eher zu spät, als rechtzeitig zum Psychotherapeuten überwiesen wird; dieser kostenrelevante Faktor würde dann tradiert.
- Angesichts der weiten Verbreitung seelischer Erkrankungen, der besonderen, oft auch krankheitsbedingten, Hürden für die Betroffenen und der im Durchschnitt ein ganzes Jahr beanspruchenden Behandlungszeiträume, ist eine wohnortnahe Versorgung für psychisch Kranke unabdingbar.
- Die fachliche Integration der Psychotherapie in die Medizin, die durch deren vollständige, juristische Integration mit dem PTG in das Gesundheitssystem gerade erst vor vier Jahren gesamthaft vollzogen wurde, würde sich strukturell und fachlich zurückbilden.

3. Unverzichtbares Erstzugangsrecht und Wegfall der Praxisgebühren für die psychotherapeutische Versorgung

Das Erstzugangsrecht der Patienten muss bei allen überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen gewahrt bleiben, sonst würden die wesentlichen Errungenschaften des Psychotherapeutengesetzes im Nachhinein wieder rückgängig gemacht und für die Patienten, die einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, erneut die Hürden errichtet werden, die man gerade mit dem PTG abgebaut hatte. Ebenso wenig dürfen Praxisgebühren den nach wie vor den ohnehin schwierigen Gang zum Psychotherapeuten zusätzlich erschweren.

Barrierefreier Zugang auch für die Patienten bei ärztlichen Psychotherapeuten

Während im letzten Entwurf des GMG der Zugang der Patienten zu Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die ersten drei probatorischen Sitzungen inzwischen ohne Überweisungsvorbehalt, d.h. im Erstzugang wieder möglich ist, soll für ärztliche Psychotherapeuten weiter der Überweisungsvorbehalt gelten., Da sich aber die ärztlichen Psychotherapeuten in der Ausübung von Psychotherapie strukturell nicht von Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unterscheiden, gibt es keinen vertretbaren Grund, dass die ärztlichen Psychotherapeuten schlechter gestellt werden und ihre Patienten vor dem Erstkontakt zunächst den Hausarzt aufsuchen oder eine Praxisgebühr entrichten müssen. Es würden einseitig besondere Hürden für die Patienten ärztlicher Psychotherapeuten und eine Zugangsbarriere zu den ärztlichen Psychotherapeuten aufgebaut, die Ausübung von Psychotherapie durch Ärzte erschweren und ärztlich ausgeübte Psychotherapie aus der Versorgung drängen würde.

- Grundsätzlich ist die Behinderung des Erstzugangs zum Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Arzt nicht sachgemäß. Durch das Psychotherapeutengesetz wurde das Erstzugangsrecht für die Psychotherapeuten erst gesetzlich geregelt in Erkenntnis der fachlichen Notwendigkeiten. Dies auch deswegen, weil zahlreiche Untersuchungen belegen, dass der Weg zum Psychotherapeuten in der Regel nicht zu früh sondern meist viel zu spät erfolgt, nach einer längeren Entwicklung der Chronifizierung. Es gibt viele Untersuchungen, die belegen, dass auch durch Hausärzte eine Überweisung zu spät erfolgt, vorher häufig frustrane Versuche eines medikamentösen Managements seelischer Störungen erfolgt. Diesen Verhältnissen trug das Psychotherapeutengesetz Rechnung und schaffte das Delegationsverfahren ab. Die jetzige Regelung würde ähnliche Verhältnisse, vor allem für die ärztlichen Psychotherapeuten, obligat machen.
- Auch bezüglich des Leistungsspektrums gibt es keine Notwendigkeit, einen Hausarzt vorzuschalten. Die Leistungen des Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzte werden ohnehin weitestgehend durch das Gutachterverfahren überprüft. Es wäre daher die Einführung eines dritten Arztes („third“ opinion), was einer Ressourcenverschwendung gleichkäme.
- Die – in der Regel – 5 probatorischen Sitzungen ohne Gutachterverfahren müssen dringend ohne Vorschaltung eines Hausarztes möglich sein. Zum einen geht es bei seelischen Störungen nicht selten um schambesetzte Inhalte, über die zu sprechen nicht durch einen Hürdenlauf erschwert werden sollte. Zum anderen ist der Hausarzt, der u.U. die ganze Familie betreut, gerade nicht der geeignete Ansprechpartner. Es sei nur daran erinnert, dass ein nicht unerheblicher Teil der Patienten seelische Störungen aus Missbraucherleben oder anderen schwierigen, familiären Verwicklungen erlitten hat und dann der Hausarzt, aufgrund seiner Beziehungen zu den übrigen Familienmitgliedern, sich oft gerade nicht in der nötigen neutralen Position befindet, um als Ansprechpartner fungieren zu können.

4. Schlussfolgerungen

Wir schlagen daher vor, dass die sinnvollen Regulierungsabsichten des Gesetzentwurfes derzeit lediglich für die hochtechnisierten Facharztbereiche durchgeführt werden. Das beinhaltet bereits zu bewältigende, erhebliche strukturelle Umstellungen, bei deren Umsetzung wichtige Erfahrungen gesammelt werden können, die bei ggf. weiteren Umgestaltungen dann einbezogen werden können. Die übrigen Facharztbereiche, in denen der Patientenkontakt eine wesentliche Rolle bei der Behandlung spielt, sollten derzeit in jedem Fall in den Kollektivversorgungsstrukturen verbleiben.

Das gilt in noch zwingenderem Maße für den Bereich der „sprechenden“ Facharztgruppen (überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychotherapeuten und ggf. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie). Diese Fachärzte üben in noch umfassenderer Weise als die Hausärzte eine nicht verobjektivierend zu erfassende Behandlungstätigkeit aus, weshalb deren Versorgungsbeitrag in einem wettbewerblich organisierten Einzelvertragssystem in jedem Fall erhebliche Beschädigungen erfahren müsste. Zumindest für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist auch der ungehinderte, niederschwellige Direktzugang ohne Zuzahlungsgebühren aus fachlichen Gründen unerlässlich, weil nur so eine Versorgungsverschlechterung vermieden werden kann.

B: Weitere Gesichtspunkte: Gefahren der Ökonomisierung der Krankenbehandlung und des Patientenkontaktes durch Einzelverträge nach § 106 b (neu)

1. Unkontrollierte Bedarfsentwicklung und Gefahr von Versorgungsengpässen

Durch altersbedingtes Ausscheiden und Optieren aus dem Kollektivvertragssystem wird es zu deutlichen Rückgängen der Leistungserbringer kommen. Bei der „Marktsteuerung“ der Leistungserbringerzugänge im Einzelvertragssystem entsteht die Gefahr, dass Bedarfsdefinition und -ermittlung an überwiegend ökonomischen Kriterien festgemacht werden. Bedarfsfragen werden unter Marketing-Aspekten manipulativen Einflüssen ausgesetzt werden. Im Rahmen solcher Prozesse können Facharztzahlen und Psychotherapeutenzahlen deutlich unter den an der Morbidität gemessenen Bedarf gedrückt werden.

Entstehende Versorgungslücken müssten dann über bedenkliche Einschränkungen des Leistungsangebotes aufgefangen werden. Ein neues Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung wäre zu erwarten. Für die Psychotherapie könnte sich daraus eine Einschränkung des Therapieangebotes auf Krisenintervention und Kurztherapie-Versorgung entwickeln – zum Schaden länger behandlungsbedürftiger, schwererer Erkrankter.

2. Hohe Krankenkassen-Verwaltungskosten bei systembedingt zu erwartender Intransparenz des Kosten-Nutzenverhältnisses

Es wird ein immens hoher Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen entstehen, der den Verwaltungsaufwand der KVen um ein Vielfaches übertreffen wird, da die zunehmende Zahl der Einzelverträge eine große Koordinationsarbeit und Datenpflege verlangt. Außerdem werden die Einzelverträge ständige Verhandlungen um Veränderungen sich diversifizierender Leistungsbedingungen und Vorschriften nach sich ziehen, die zu einer ständig wachsenden Intransparenz der von den Krankenkassen tatsächlich sichergestellten Versorgungsleistungen führt.

Die Krankenkassen werden ihrerseits aus systemimmanenter Logik der Kosten- und Beitragsgesichtspunkte heraus ggf. schlechtere Versorgungsangebote durch Intransparenz und sog. Qualitätsoffensiven zu kaschieren versuchen. Werbungsversprechen und Inhalte dürften dann auseinanderklaffen zum Schaden der Patienten.

3. Kaschierung von Versorgungsmängeln wird zur wettbewerblichen Notwendigkeit der Krankenkassen

Im Wettbewerb sind die Krankenkassen gezwungen, bei der Aufbereitung ihres Versorgungsangebotes nicht einfach Leistungen im Sinne des Versorgungsbedarfs, sondern zunehmend im Sinne der Imagepflege, der Preisgünstigkeit und der Werbewirksamkeit des Angebotes auf Kunden (nicht Patienten!) in den Vordergrund rücken, während viel grundsätzlicher als bei den bisherigen Versorgungsstrukturen, ökonomisch motivierte Einschränkungen an medizinisch notwendigen Leistungen um sich greifen werden. Die Intransparenz des Vertragssystems ist entscheidende Voraussetzung dafür, dass das von Ärzten und Bevölkerung toleriert wird.

4. Das bisherige Leistungsspektrum kann auf dem Weg über Verträge ohne fachliche Kontrolle eingeschränkt werden

Durch Einzelverträge ist die Sicherheit, dass das bisherige Leistungsspektrum allen zur Verfügung gestellt wird, eingeschränkt. In den Verträgen können explizit Einschränkungen des Tätigkeitsspektrums der unter Vertrag genommenen Fachärzte/Psychotherapeuten vorgegeben sein oder auch bestimmte Gruppen von Anbietern nicht unter Vertrag genommen werden.

Im Bereich der Psychotherapie muss mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass die Langzeittherapie (auch über die Nicht-in-Vertragnahme der entsprechenden Leistungsanbieter) zurückgedrängt und damit das Angebot zu einer Notprogramm-Psychotherapie zurückgefahren werden könnte.

5. Abhängige Ärzte/Psychotherapeuten können ungeeigneten Leistungseinschränkungen oder „QS“-Kontrollauflagen nur wenig entgegensetzen

Die Abhängigkeit der Leistungserbringer von den Bedingungen der ökonomisch operierenden Krankenkassen wird auch deren ethisch motivierten Widerstand gegen vertragliche Bedingungen, die weniger gute oder unzureichende Behandlungsangebote beinhalten, erheblich schwächen. Sie werden den größten Teil der Imagemaßnahmen der Kassen in Form von gut darstellbaren QS-Gütesiegeln im Sinne zusätzlicher Kontroll-Auflagen zu tragen haben, ohne dass deren fachlicher Wert gewichtet oder für die Patienten durchschaubar sein wird.

Ein weiterer Zwang zur Ökonomisierung der Bedingungen ärztlicher Behandlungstätigkeit entsteht dadurch, dass mit dem Verlust der Zugehörigkeit zur verfassten Vertragsärzteschaft Fachärzte/Psychotherapeuten von der Mitgliedschaft in wiederum z.T. wirtschaftlich operierenden Ärzteverbänden abhängig werden. Durch die Doppelwirkung der ökonomischen Ausrichtung der Krankenkassen und der Anbieterverbände/Firmen wird Ökonomisierung des Patientenkontaktes und der Krankenbehandlung weiter beschleunigt und die merkantile Einstellung von Leistungserbringern zu einer wirtschaftlichen Überlebensfrage.

Zur Anhörung zum Gesundheitssystem- modernisierungsgesetz am 23.06.03

Teil 3.

- Regelung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems -

1. Transparenz des Leistungsgeschehens durch EBM-Gestaltung

Zur Eindämmung fehlerhafter oder nicht statthafter Abrechnungspraktiken sind Maßnahmen geeignet, wie z. B. verbesserte Transparenz durch Patientenquittungen über die in einem Quartal bei einem Patienten abgerechneten Leistungen, Verbesserung der Plausibilitätskontrollen, transparente Leistungsgestaltung im EBM.

In diesem Zusammenhang sind geplante Regelungen sinnvoll, mit denen eine Mindestzeitspanne der notwendigen Arztleistung für jede Leistungsposition im EBM verbindlich definiert wird. Auf dieser Grundlage können dann bindend maximale Tages- bzw. Wochenleistungszeiten definiert werden, an denen Fehlabbrechnungen identifiziert werden können. Auch die Festsetzung eines definierten Punktzahlgrenzvolumen als höchst zu vergütende Marge ist sinnvoll, darüber hinaus wäre die Definition eines Leistungsoptimums wünschenswert, innerhalb dessen zu einem festen – angemessenem - Punktwert vergütet wird.

2. Spezieller Gesichtspunkt psychotherapeutischer Leistungserbringung: statt Fallpauschalen sind Behandlungsstunden-Pauschalen sachadäquat

Eine Einführung von Fallpauschalen im Bereich der Psychotherapie wäre besonders inadäquat und nachteilig, aufgrund der Individualität der Krankheitszustände und –verläufe, sowie der Komplexität der diagnostischen Zuordnungen. Ein und dieselbe Diagnose kann z.B. eine sehr kurze, aber auch eine sehr lange Behandlung nach sich ziehen. Bereits jetzt werden im Grunde die psychotherapeutischen Behandlungsziffern mit strikter Zeitbindung und darin mitvergüteten, differentialdiagnostischen Abwägungen, Interventionen bei krisenhaften Entwicklungen, Dokumentation, qualitätssichernden Aktivitäten (Supervision, Intervision) wie eine Komplexleistung gehandhabt, deren Wirtschaftlichkeit patientenindividuell über das Gutachterverfahren geprüft und festgestellt ist. Von daher kann im Bereich der Psychotherapie allein eine Stunden-Pauschale festgelegt werden, die alle beschriebenen zusätzlichen Tätigkeiten mit abzudecken hat.

Mit der Stundenpauschale ist sowohl der Charakter einer Komplexziffer gewährleistet, dazu eine sehr gute Absicherung gegen unsachgemäße Leistungsausweitung pro Zeiteinheit (durch Zeitbindung) und – in Kombination mit dem obligaten Gutachterverfahren – pro Behandlungsfall realisiert. Vor allem aber ist der fachlich unverzichtbaren Bedingung der Berücksichtigung der hoch individuellen Krankenbehandlungen Rechnung getragen.

Zur Anhörung zum Gesundheitssystem- modernisierungsgesetz am 23.06.03 Teil 5.

- Neugestaltung der Zuzahlung sowie Befreiungsregeln -

1. Allgemeine Gesichtspunkte

Zuzahlungsregelungen zum Zwecke der Beseitigung von Unterdeckung der Finanzierungsbasis halten wir für problematisch, da sie

- mit einer Umverteilung zu Lasten der Erkrankten das Solidaritätsprinzip verwässern
- wenn einmal in breiterem Umfang eingeführt, zu einem einfach auszubauenden Regulativ für alle künftige Finanzierungslücken geraten könnte.

Eine Einführung genereller Zuzahlungsverpflichtungen (abgesehen vom geplanten Umbau der Zuzahlung bei Arznei- und Heil- und Hilfsmitteln) sind nicht geplant. Die grundsätzliche Orientierung am solidarisch finanzierten Versorgungssystem halten wir für erforderlich.

2. Zuzahlungen im Bereich der Psychotherapie

Im Bereich der Psychotherapie sind, nach einer Untersuchung des bvvp, beispielsweise in hohem Maße geeignet, Patienten von notwendigen Therapien abzuhalten oder laufende Therapien vorzeitig zu beenden. Insofern wird der Verzicht auf generelle Zuzahlungsverpflichtungen begrüßt.

Ungeeignet, und nicht patientengerecht, erscheint die – mit der u.E. nicht adäquaten Zuordnung der neu in die Versorgungsstrukturen eintretenden Psychotherapeuten zum Einzelvertragssystem verbundene – Verpflichtung zur Praxisgebühr und zu erhöhten Zuzahlungsbeträgen bei Arzneimitteln, wenn Patienten den ärztlichen Psychotherapeuten direkt aufsuchen. Patienten haben für ihren Gang zum Psychotherapeuten ohne Überweisung oft triftige, persönliche Gründe. Der Zugang muss auch zukünftig ohne finanzielle Nachteile möglich sein.

Zur Anhörung zum Gesundheitssystem- modernisierungsgesetz am 23.06.03

Teil 6.

- Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen -

1. Notwendigkeit eines psychotherapeutischen Versorgungsbereiches

Aufgrund der Besonderheiten der psychotherapeutischen Tätigkeit und der damit zusammenhängenden besonderen Struktur der Zusammenarbeit dreier Berufsgruppen, zur Deckung des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfes, ist die Bildung eines eigenen psychotherapeutischen Versorgungsbereiches innerhalb der Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erforderlich.

Analog zum hausärztlichen Versorgungsbereich ist eine Definition erforderlich, welche Leistungserbringer den psychotherapeutischen Versorgungsbereich bilden. Diesem Versorgungsbereich sollten u. E. gleichberechtigt alle zugelassenen Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sowie überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, soweit sie aufgrund ihres Leistungsspektrums dem Bereich zuzuordnen bzw. durch ihre Wahlentscheidung beigetreten sind, angehören. Der gesamte psychotherapeutische Versorgungsbereich ist wie die Hausärzte, Gynäkologen und Augenärzte, dem Kollektivversorgungssystem zuzuordnen. Damit unverzichtbar verbunden ist der Erhalt des Erstzugangsrechts und die Befreiung von der Praxisgebühr.

2. Angemessene Repräsentanz des psychotherapeutischen Versorgungsbereiches in den KV- und KBV-Strukturen

In den Strukturen und Gremien der KVen und der KBV ist bisher keine angemessene Repräsentanz der psychotherapeutischen Leistungserbringer erfolgt. Dies hat sich benachteiligend auf die Interessensvertretung ausgewirkt und sollte dringend im Rahmen der Organisationsreform der KVen und der KBV korrigiert werden.

Im Einzelnen ist zu fordern:

- Die Begrenzung der Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf max. 10% der Mitglieder der Vertreterversammlungen von KBV und KVen sollte entfallen.
- Stattdessen sollte das Verhältniswahlrecht eingeführt werden.

- Im Vorstand der KVen und KBV müsste mindestens ein Vertreter jedes Versorgungsbereiches (hausärztlich, fachärztlich, psychotherapeutisch) vorgeschrieben sein.
- In den weiteren Gremien von KBV und KVen - wie z.B. auf KBV-Ebene dem Bewertungsausschuss oder dem Bedarfsplanungsausschuss - sollte ebenfalls eine angemessene Beteiligung aller Versorgungsbereiche vorgeschrieben werden.
- Im gesetzlich vorgeschriebenen Fachausschuss Psychotherapie und im Bundesausschuss in seiner besonderen Zusammensetzung für Fragen der Psychotherapie sollten wiederum die im psychotherapeutischen Versorgungsbereich repräsentierten Berufsgruppen im Verhältnis zueinander angemessen vertreten sein.

**Zur Anhörung zum Gesundheitssystem-
modernisierungsgesetz am 23.06.03
Teil 9.
- Stärkung der Patientensouveränität -**

1. Verbesserung der Patientenrechte durch den Patientenbeauftragten

Die Einrichtung eines Patientenbeauftragten ist zu begrüßen. Noch klärungsbedürftig erscheint die Art der Legitimationsbasis angesichts des Fehlens systematischer Organisationsstrukturen von Patienten. Auch sollte sichergestellt sein, dass der Patientenbeauftragte seine Unabhängigkeit gegenüber der Lobbyarbeit gut organisierter Firmen und gegenüber Institutionen und Parteien wahren kann.

2. Einschränkung der freien Arztwahl und des Zugangs zum Facharzt des eigenen Vertrauens

Die entscheidenden Veränderungen der Patientenrechte werden mittelbar durch die veränderten Versorgungsstrukturen bewirkt. Das Erstzugangrecht des Patienten ist letztendlich nur noch bei den Hausärzten durchgehend gesichert, bei Frauenärzten und Augenärzten noch am wenigsten eingeschränkt. Die freie Arztwahl wird darüber hinaus durch Vertragsbindungen der Ärzte an bestimmte Versorgungsstrukturen oder Krankenkassen eingeschränkt. Ob sich ein Patient künftig noch einen Facharzt/Psychotherapeuten seines Vertrauens aussuchen kann, hängt für ihn von vielen Unwägbarkeiten ab.

Besonders ungünstig werden sich Einschränkungen des Erstzugangsrechtes im Bereich der Psychotherapie auswirken, weil hier ohnehin schon eine oft verzögerte Überweisung seitens der Hausärzte stattfindet und für psychisch Kranke der Umweg über einen weiteren Arzt bereits zum Hemmnis für eine dringend erforderliche Therapie werden kann.

Freiburg, den 18. Juni 2003

Dr. med. Birgit Clever
Norbert Bowe