

## **Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss – ein erstes Resümee**

Seit dem 01.01.2004 wirken gemäß § 140 f SGB V auch Patientenvertreter in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit. Sie haben damit die Möglichkeit, die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit dem Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen in die Entscheidungsfindung beim Gemeinsamen Bundesausschuss, dem höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, einzubringen. Darüber hinaus kann die Patientenperspektive nunmehr mit eigenständigem Gewicht in den Beratungen zur Ausgestaltung des Leistungsvolumens der gesetzlichen Krankenversicherung Berücksichtigung finden. Ein Mitentscheidungsrecht steht den Patientenvertretern bislang allerdings nicht zu.

Nach einem Jahr der Patientenbeteiligung bietet es sich an, ein erstes Resümee zu ziehen.

### **1. Zum Verfahren der Patientenbeteiligung**

Zunächst einmal ist hervor zu heben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nicht nur aus dem Gremium im engeren Sinne besteht, seinem sog. Beschlußkörper, sondern dass es ca. 25 Unterausschüsse zu den verschiedensten Themenstellungen gibt, von Arzneimittelversorgung über Heil- und Hilfsmittelversorgung bis zu Themen wie Familienplanung, Qualitätssicherung oder Psychotherapie. Darüber hinaus gibt es zu den Unterausschüssen noch hoch spezialisiert arbeitenden Arbeitsgruppen. Daher sind am Gemeinsamen Bundesausschuss nicht nur die neun Patientenvertreter der sogenannten Spruchkörper beteiligt, sondern noch viele weitere: in den Unterausschüssen je fünf Patientenvertreter und in den Arbeitsgruppen jeweils ein bis zwei Patientenvertreter.

Dies bringt einen enormen organisatorischen Aufwand mit sich, um einerseits den Informationsfluss von den Patientenorganisationen zu den Patientenvertretern in den Gremien aufrecht zu erhalten und andererseits den Informationsfluss von den Gremienvertretern in den Arbeitsgruppen zu denen in den Unterausschüssen und in den Spruchkörpern zu optimieren. Spezielle Mittel zur Finanzierung dieser Aufgaben wurden den Patientenorganisationen nicht zur Verfügung gestellt.

Um für Kontinuität in der Interessenvertretung zu sorgen, wurden für die Spruchkörper neun Personen und neun Stellvertreter als Patientenvertreter benannt.

Für die Unterausschüsse wurden in der Regel jeweils zwei ständige und drei themenbezogene Patientenvertreter benannt, um einerseits die Kontinuität

der Arbeit zu wahren und andererseits themenspezifische Fachkompetenz der Betroffenen in der jeweiligen Sitzung einzubringen.

Für die Kommunikation untereinander musste ein umfassendes Informationsmanagement aufgebaut werden, um eine durchgängige Interessenvertretung von den Arbeitsgruppen über die Unterausschüsse bis hin zu den Spruchkörpern zu gewährleisten. Dass dies binnen kurzer Zeit realisiert werden konnte, ist bereits als großer Erfolg der Patientenorganisationen zu werten. Dies gilt um so mehr, als ja ganz unterschiedliche Verbände zur Entsendung von Patientenvertretern berechtigt sind. Nach der sog. Patientenbeteiligungsverordnung des BMGS gibt es zwei Säulen der Patientenbeteiligung, nämlich einerseits die im Deutschen Behindertenrat (DBR) zusammengeschlossenen Betroffenen-Organisationen und andererseits die sog. Beraterverbände: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) und Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv).

Die Patientenvertretung hat sich auf ein Verhältnis von 6 : 1 : 1 : 1 zwischen dem Deutschen Behindertenrat und den drei Berater-Organisationen geeinigt, so dass das Gros der sachkundigen Personen von den Betroffenen-Organisationen gestellt wird. Die Entsendung der von ihnen benannten sachkundigen Personen nehmen sie gemeinsam und einvernehmlich vor.

Nach einem Jahr der Patientenbeteiligung kann konstatiert werden, dass die Arbeit zwischen diesen beiden Säulen, d.h. den Verbänden des DBR und den Beraterverbänden, gut funktioniert, was nicht zuletzt darauf zurückzuführen ist, dass die verschiedenen beteiligten Patientenvertreter sich regelmäßig von den übrigen »Bänken« abgrenzen müssen und nur gemeinsam eine wirkungsvolle Patientenvertretung realisieren können.

Die Zusammenarbeit mit den beiden traditionellen »Bänken« des Gemeinsamen Bundesausschusses (Leistungserbringer und Krankenkassen) funktioniert im übrigen erstaunlich gut, ebenso mit der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses, die aus fast 60 Mitarbeitern besteht. Probleme gibt es allerdings hinsichtlich der Beratungspraxis beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Dort herrscht nämlich ein Arbeitsstil vor, wonach umfangreiche Materialien oft nur sehr kurzfristig vor den jeweiligen Sitzungen versandt werden. Dies macht eine ausgewogene Diskussion der zum Teil sehr komplexen und schwierigen Tagesordnungspunkte äußerst problematisch, gerade wenn ehrenamtliche Patientenvertreter tätig sind.

Schwerpunkte der Arbeit der Patientenvertreter waren auch die Schwerpunkte der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses insgesamt. Wie auch in der allgemeinen Öffentlichkeit deutlich wurde, handelte es sich dabei insbesondere um Fragen der Arzneimittelversorgung (OTC-Liste, Festbeträge), aber auch der Heil- und Hilfsmittelversorgung, der Zahnmedizin, der Prävention und der Psychotherapie.

## **2. Der Unterausschuss »Psychotherapie«**

Einer der vielen Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses befasst sich mit Fragen der Psychotherapie, womit hier ausschließlich die ambulante Richtlinien-Psychotherapie gemeint ist. Der »Bank« der gesetzlichen Krankenversicherungen sitzen hier als Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Fachleute aus der Versorgung, d. h. praktizierende Erwachsenen- oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, gegenüber. Bei der Besetzung wurde auf Parität zwischen verhaltenstherapeutischer und psychoanalytischer/tiefen-psychologischer Orientierung sowie zwischen Ärzten und Psychologen geachtet. Der Vorsitz wechselt turnusmäßig zwischen den Bänken. Zusätzlich sind zwei Hochschullehrer als unabhängige Sachverständige beteiligt – und seit dem Jahre 2004 eben auch »sachkundige Personen«, welche von den Patientenvertretungsorganisationen (s. o.) benannt wurden.

Zu den Themen, mit denen sich der Unterausschuss im vergangenen Jahr befasste, gehören beispielsweise die Regelung einer Befreiung von der Begründungspflicht bei Kurzzeittherapien für bestimmte Antragsteller, die Frage, ob die sog. Neuropsychologie als Psychotherapie i. S. der Richtlinien verstanden werden kann, die Frage, ob Einzel- und Gruppentherapie bei ein und demselben Patienten parallel durchgeführt werden kann, die Frage, ob sog. Hausarztmodelle, die den Erstzugang zu Psychotherapie unmöglich machen, die psychotherapeutische Versorgung beeinträchtigen, die Frage, welche Qualifikationen die Gutachter für Anträge auf Kostenübernahme durch die GKV eigentlich erfüllen müssen, und – immer wieder – die Frage, ob Gesprächspsychotherapie als neues Richtlinienverfahren zugelassen werden soll. Die vom sog. »Wissenschaftlichen Beirat« (nach § 11 PsychThG) im Jahre 2002 vorgenommene Begutachtung der Gesprächspsychotherapie wird nämlich nicht automatisch als hinreichende Voraussetzung für die Zulassung gesehen. Nun geht es um Überlegenheit gegenüber bisherigen Richtlinienverfahren, um (zusätzlichen) therapeutischen Nutzen, um Wirtschaftlichkeit und medizinische Notwendigkeit.

## **3. Zur persönlichen Einschätzung**

Diese neue Form der Beteiligung von Patienten und ihren Beratern ist noch sehr jung; die verschiedenen Unterausschüsse haben zum Teil erst wenige Male in der neuen Zusammensetzung getagt. Und so erscheint es angesichts dieser womöglich historischen Veränderung eigentlich noch viel zu früh, aus Patientensicht dazu eine Einschätzung abzugeben. Möglich ist wirklich nur ein erstes Resümee, eigentlich sogar nur ein höchst subjektiver Eindruck. Die ersten Erfahrungen waren (jedenfalls im UA Psychotherapie) durchaus positiv. Man fühlte sich freundlich begrüßt, und Redebeiträge mit Einwänden oder Vorschlägen fanden durchaus eine gebührende Berücksichtigung. (Schmunzelnd möchte man hinzufügen: die Psychotherapeuten enttäuschten

die Erwartungen an ihre soziale Kompetenz nicht.) Überraschend war die mitunter extrem hohe Abstraktheit der Diskussion, z. B. über Verfahrensweisen zur Prüfung der Frage, ob die Zulassung von Gesprächspsychotherapie als weiterem Richtlinienverfahren erfolgen soll. Es geht hier um »das große Ganze«, um das Gesundheitssystem und seinen Bestand, häufig auch um »juristisch wasserdichte« Lösungen und – natürlich – um die Finanzierbarkeit. Gelegentlich musste man, wie es sich für Anfänger gehört, noch lernen, dass etwas »schon immer so gewesen« sei, oder dass dieser UA für bestimmte Fragen einfach »nicht zuständig« sei. (Immerhin kann es dann durchaus gelingen, andere Zuständige zu identifizieren und das Thema dort zu deponieren.) Psychotherapeutische Fachfragen oder die Versorgungsrealität vor Ort stehen nach den bisherigen Erfahrungen nicht im Vordergrund, und selbstverständlich können hier keine Einzelfälle aus dem Versorgungsalltag, etwa Beschwerden einzelner Patienten, geklärt werden.

Gewöhnungsbedürftig für jemanden, der sich bemüht, normalen Menschen den Zugang zu Selbsthilfegruppen zu eröffnen und ihnen im Umgang mit dem real existierenden Medizinsystem zu helfen, ist die quasi-religiöse Anbetung einer (womöglich sogar falsch oder zumindest einseitig verstandenen) evidenzbasierten Medizin. Um den sog. Goldstandard der RCT wird manchmal getanzt, als sei es das allein selig machende Goldene Kalb. Dabei soll man doch nicht alles wie einen Nagel behandeln, nur weil man sich einen goldenen Hammer ausgedacht hat. Anders formuliert: Patienten wünschen sich natürlich die bestmögliche Behandlung, aber diese kann nicht ausschließlich nach den Regeln von Forschungslabors stattfinden. So werden die Vorerfahrung von Patienten, Wünsche und Präferenzen, persönlichen Überzeugungen und Krankheitstheorien, soziale und kulturelle Einbindung etc. weitestgehend ausgeblendet. Ohne all dies kann aber eine Behandlung nicht wirklich patientenorientiert sein.

Allein das Hinzukommen von Dritten, hier der Patientenvertreter, wird das bestehende System sicherlich »verstören«. Fragen werden gestellt und Zweifel angemeldet, der Argumentationsbedarf wächst; andererseits fließen neue Ideen, Rückmeldungen von Nutzerseite und das Erfahrungswissen der Patientenvertreter in die Entscheidungsprozesse ein. Bleibt nur zu hoffen, dass die »Verstörung« zu einer günstigen Neuorganisation des Systems führt. Jedenfalls weht jetzt ein Hauch von Transparenz durch den Gemeinsamen Bundesausschuss – falls solch eine windige Metapher an dieser Stelle erlaubt ist.

Deutlich spürbar wurde jedoch schon bald die strukturelle Unterlegenheit der Patientenvertretung gegenüber den beiden etablierten »Bänken« der Leistungserbringer und der Kostenträger. Während diese über Apparate mit hauptamtlichen Mitarbeitern für solche Funktionen, über wissenschaftliche Abteilungen und leichteren Zugang zu Informationen verfügen (womöglich auch über wohl etabliertere informelle Kommunikationskanäle außerhalb der offiziellen Agenda), nehmen die Patientenvertreter ihre zeitaufwendige Aufgabe ehrenamtlich und ohne Aufwandsentschädigung wahr und werden von

(Selbsthilfe-)Verbänden entsandt, die teilweise mit sehr geringer öffentlicher Förderung auskommen und diese Jahr für Jahr neu erkämpfen müssen. Unter diesen Bedingungen befürchtete eine Kollegin schon eine strukturelle »Logik des Mißlingens« in der ganzen Veranstaltung, und sie wird Recht behalten, wenn sich an der eklatanten Unterversorgung mit Ressourcen nicht substantiell etwas ändert. Die Patientenverbände haben sich daher vorgenommen, nach einem Jahr ihre Erfahrungen auszuwerten, um zu klären, ob sich der doch erhebliche persönliche und verbandliche Aufwand lohnt.

Als Mitwirkender kann man selber nur gespannt sein, was ein Rückblick in, sagen wir, 20 Jahren wohl ergeben wird: Hat man im Jahre 2004 mit der Patientenbeteiligung ein modisches Feigenblatt geschaffen, um Rationierungsprozesse und Glaubwürdigkeitskrisen des Systems abzufedern, oder hat damals etwas qualitativ Neues und Produktives begonnen, was die Rolle der Patienten tatsächlich gestärkt und ihre Mitwirkung ermöglicht hat, zu ihrem eigenen Nutzen wie auch zum Nutzen des gesamten Systems. Die Beteiligung an den sehr formalisierten Entscheidungsprozessen solcher korporatistischen Gremien kann tatsächlich einer neuen Stimme – der der Patienten – in dem Gefüge traditioneller Interessenvertretung Gehör verschaffen, sie birgt aber auch die Gefahr, Energie und Engagement zu binden, die für andere Formen der Vertretung von Patienteninteressen jenseits der Tagesordnungspunkte im Gemeinsamen Bundesausschuss oder für praktische Formen der alltagsnahen Selbsthilfe unter Betroffenen dringend gebraucht werden.

Im Moment kann man es noch nicht beurteilen. Auf jeden Fall handelt es sich aber um einen hoch interessanten Prozess, dessen weiterer Verlauf sich kaum vorhersagen läßt. Eine begleitende systematische Evaluation durch unabhängige Wissenschaftler wäre dabei dringend wünschenswert. Zukünftige Resümees werden dann etwas weniger subjektiv ausfallen können.

Dr. jur. Martin Danner ist Referatsleiter für Gesundheitspolitik und Selbsthilfeförderung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, einer Mitgliedsorganisation des Deutschen Behindertenrates. Er ist Mitglied in mehreren Unterausschüssen und koordiniert die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Jürgen Matzat ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Er leitet die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen. Deren Träger, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., ist eine der durch die Patientenbeteiligungsverordnung berufenen Organisationen. Sie hat ihn im Einvernehmen mit den anderen Patientenorganisationen als sachkundige Person für den Unterausschuß »Psychotherapie« benannt.

Dieser Beitrag ist ebenfalls erschienen in der Zeitschrift Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 1/2005, S. 141-144.