

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Herr Dr. med. Felix Gurtner
Schwarzenburgstrasse 165
3097 Liebefeld

Zürich, 28. April 2006

Änderung der Verordnungsbestimmungen zur Vergütung der Psychotherapie

Sehr geehrter Herr Dr. Gurtner
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 13. April 2006 betreffend den Vorschlag zur geplanten Anpassung der Bestimmungen über die Vergütung der Psychotherapie in der Krankenpflege-Leistungsverordnung. Gerne machen wir von der Möglichkeit Gebrauch, dazu Stellung zu nehmen. Wir tun dies aus Sicht der psychisch kranken und behinderten Menschen, deren Interessen Pro Mente Sana vertritt.

Einleitend halten wir fest, dass sich die geltende Regelung von Art. 2 und 3 KLV insgesamt bewährt hat. Diese Bestimmungen gewährleisten eine qualitativ gute und quantitativ ausreichende Versorgung von psychisch kranken und behinderten Menschen in der Schweiz. Ärztliche Psychotherapien, die im Rahmen der Grundversicherung von den Krankenkassen finanziert werden, müssen wie auch alle anderen Leistungen des KVG gemäss Art. 32 wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Gestützt auf diese sogenannten wzw-Kriterien kann bereits heute die Finanzierung von nicht indizierten Psychotherapien oder von Methoden mit zweifelhafter Wirksamkeit ohne weiteres abgelehnt werden. Die vorgeschlagene Anpassung der KLV ist deshalb weder nötig noch sinnvoll.

Nachfolgend nehmen wir im einzelnen zu den Vorschlägen Stellung. Falls die Anpassung der Verordnung entgegen unserer Empfehlung weiterverfolgt wird, unterstützen wir Ihnen dabei auch einzelne (Eventual-)Anträge:

1. Vorgehen und Grundlagen

a) Zeitliche Vorgaben

Die engen zeitlichen Vorgaben des Bundesamtes für Gesundheit erstaunen. Es scheint das oberste Ziel zu sein, die Anpassung der Verordnung auf den 1. Juli 2006 in Kraft zu setzen. Nachdem die geltende Regelung seit 20 Jahren ohne nennenswerte Anwendungsschwierigkeiten in Kraft steht, besteht kein sachlicher Grund für die vorliegende Dringlichkeitsübung. Die Frist für die Stellungnahme zu den Vorschlägen beträgt nur gerade zwei Wochen und fällt zudem in die Schulferienzeit, in der die Meinungsbildung innerhalb der Organisationen durch verschiedene Abwesenheiten erheblich erschwert wird. Es ist zu befürchten, dass sich das Tempo der Anpassung negativ auf die Qualität der neuen Regelung auswirken wird.

b) Zusammensetzung der beratenden Arbeitsgruppe

Die Projektgruppe hat sich bei der Erarbeitung des Vorschlages durch eine Arbeitsgruppe beraten lassen, die ausschliesslich aus Vertrauensärzten zusammengesetzt war. Diese Zusammensetzung der Arbeitsgruppe muss als völlig einseitig bezeichnet werden. Der vorliegende Vorschlag ist massgeblich durch die wirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen geprägt. Den Interessen der betroffenen Patientinnen und Patienten an einer qualitativ guten psychotherapeutischen Versorgung trägt er kaum Rechnung. Weder die kurzen Anhörung der verschiedenen Organisationen, zu denen auch Pro Mente Sana zählte, noch das vorliegende Vernehmlassungsverfahren machen den genannten Mangel wett. Wir ersuchen das Bundesamt für Gesundheit, inskünftig auch Vertreter der Leistungserbringer sowie von Patientenorganisationen zur Mitwirkung in beratende Arbeitsgruppen mit Aufträgen dieser Tragweite einzuladen.

c) Mangelhafte Entscheidungsgrundlagen

Der vorliegende Vorschlag verfolgt den Zweck, in der OKP bei den Psychotherapien Einsparungen zu realisieren. Da der Anpassung der Verordnung primär finanzielle Motive zugrunde liegen, muss es als erstaunlich bezeichnet werden, dass das Bundesamt für Gesundheit weder anlässlich der Anhörung noch im schriftlichen Vernehmlassungsverfahren Zahlen zur Kostenentwicklung der letzten Jahre im Bereiche der Psychotherapie präsentiert hat. Damit fehlt auch eine entscheidende Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Anpassung der Regeln für die Vergütung der Psychotherapie. Wir gehen davon aus, dass diese Kosten nicht stärker zugenommen haben als die Kosten für ambulante Behandlungen insgesamt. Auch unter diesem Aspekt bezweifeln wir das Vorliegen eines Reformbedarfes bei der Vergütung der Psychotherapie.

Mit der Erschwerung des Zuganges zur Psychotherapie in der OKP können die Kosten für diesen Leistungsbereich reduziert werden. Gleichzeitig muss aber davon ausgegangen werden, dass es zu Kostenverlagerungen kommt. Einerseits muss befürchtet werden, dass die Zahl der Patientinnen zunehmen wird, bei denen mangels adäquater ambulanter Behandlung eine Klinikeinweisung mit hohen Kostenfolgen erforderlich wird. Andererseits spielt die Psychotherapie als unterstützende Behandlung bei der beruflichen Eingliederung von psychisch kranken Menschen eine wichtige Rolle. Fällt die psychotherapeutische Unterstützung weg, so ist in Einzelfällen auch das Ziel der beruflichen Integration in Frage gestellt, was sich in zusätzlichen Invaliditätskosten niederschlagen kann. Der Entwurf schenkt dem Aspekt der genannten Kostenverlagerungen innerhalb der Krankenversicherung bzw. zur Invalidenversicherung nicht Rechnung.

Menschen mit psychischer Behinderung zählen gemäss einer kürzlich publizierten Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zu den intensivsten Nutzerinnen und Nutzern von Gesundheitsdiensten (Peter Rüesch, Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz, Obsan Arbeitsdokument 14, Neuchâtel Februar 2006). Es sei bekannt, dass viele Personen mit chronischen psychischen Problemen sich nicht an darauf spezialisierte Fachpersonen wenden. Gemäss der Studie deutet dies darauf hin, dass eine erhebliche Fehlversorgung besteht (Schlussfolgerungen, S. 60). Aufgrund dieser Resultate liegt nahe, dass viele psychische Störungen zu lange auf der somatischen Ebene behandelt werden. Durch die angesprochene Fehlversorgung entstehen hohe Folgekosten für das Gesundheitswesen. Anzustreben wäre die Früherkennung von psychischen Störungen und ihre gezielte psychotherapeutische Behandlung. Eine zusätzliche Erschwerung des Zuganges zur Psychotherapie wird die Fehlversorgung zementieren statt sie zu verringern. Es ist bedauerlich, dass die Erkenntnisse der genannten Studie bei der Ausarbeitung der Vorlage nicht berücksichtigt wurden.

2. Rolle und Ausbildung der Vertrauensärzte

Den Vertrauensärzten ist im vorgeschlagenen Modell eine entscheidende Rolle zugeordnet. Sie müssen im neuen Modell in einer frühen Phase der Therapie gestützt auf eine ärztliche Meldung innert kürzester Frist beurteilen, ob die Behandlung über die 10. Konsultation hinaus zu Lasten der Versicherung verlängert werden soll. Lehnt die Versicherung gestützt auf die vertrauensärztliche Empfehlung eine weitere Kostengutsprache ab, so können sich die Versicherten zwar gegen den negativen Entscheid mit den üblichen Rechtsmitteln zur Wehr setzen. Bis ein letztinstanzliches Urteil vorliegt, verstreichen jedoch viele Monate bis Jahre. Wird die Kostengutsprache bei einer nötigen Psychotherapie zu Unrecht verweigert, besteht die ernsthafte Gefahr, dass die psychische Krankheit während der Dauer des Rechtsstreites chronifiziert wird.

Fehlerhafte Beurteilungen von Vertrauensärzten haben weitreichende Folgen. Ihnen die neue Aufgabe zu übertragen ist nur unter der Voraussetzung verantwortbar, dass sie fachlich darauf vorbereitet sind. Viele Vertrauensärzte verfügen weder über eine psychiatrische Ausbildung noch über berufliche Erfahrungen in der Psychiatrie. In Ziff. 6 seines Kommentares kündigt das BAG an, dass mittelfristig Schulungen von Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen sicherstellen sollen, dass die neuen Bestimmungen die beabsichtigte Wirkung entfalten. Das genügt nicht. Eine qualitativ vertretbare Handhabung der neuen Regelung kann nur dann gewährleistet werden, wenn die Vertrauensärztinnen vor dem Inkrafttreten der veränderten KLV für ihre neue Funktion geschult werden.

Antrag:

Die Ordnungsänderungen treten erst dann in Kraft, wenn die Krankenversicherer den Nachweis erbracht haben, dass ihre Vertrauensärzte über eine adäquate Ausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie verfügen.

3. Vorgesehene Anpassungen im einzelnen

a) Beibehaltung der Kaskadenregelung von Art. 3 Abs. 1 KLV

Ein zentrales Element der gültigen Regelung ist die sogenannte Kaskadenregelung von Art. 3 Abs. 1 KLV. Im Sinne einer Richtschnur gibt diese Regelung Auskunft darüber, wie viele Sitzungen unter Vorbehalt begründeter Ausnahmen höchstens im Verlaufe der Jahre zu übernehmen sind. Sie bringt zum Ausdruck, dass auch die Kosten von Langzeittherapien durch die OKP zu decken sind, wenn eine entsprechende Indikation besteht bzw. die Schwere der psychischen Störung dies rechtfertigt. Sowohl für die Praxis der Krankenversicherungen wie auch für die Rechtsprechung spielt die Kaskadenregelung somit eine wichtige Rolle. Mit der Anpassung der KLV soll diese Bestimmung ersatzlos gestrichen werden.

Es erstaunt, dass die vorgeschlagene Streichung von Art. 3 Abs. 1 KLV im Kommentar weder erwähnt noch begründet wird. Die Annahme liegt nahe, dass diese Änderung darauf abzielt, dass längerdauernde Psychotherapien in Zukunft nur noch in seltenen Ausnahmefällen durch die OKP finanziert werden sollen.

Eine angemessene Versorgung muss auch in Zukunft ein differenziertes Angebot von Kurz- und Langzeitpsychotherapien umfassen. Kurzzeittherapien sind dazu geeignet, klar umschriebene Störungen (z.B. Angststörungen) zu behandeln. Es kann davon ausgegangen werden, dass etwa zwei Drittel aller Patienten mit psychischen Störungen mit einer Kurztherapie behandelt werden können. Für einen Drittel der Menschen werden jedoch längere Therapien von über 100 Sitzungen benötigt (Rudolf Balmer, Psychotherapie muss kassenpflich-

tig bleiben!, in Soziale Medizin 1/06, S. 58). Langzeittherapien haben bei vielen Menschen mit chronischen psychischen Störungen nicht das Ziel einer vollständigen Heilung, sondern sie wirken palliativ: sie tragen zu einer besseren Lebensbewältigung und einer Linderung der Beschwerden bei

Die Funktion von Langzeitpsychotherapien bei chronischen psychischen Krankheiten kann in vielerlei Hinsicht mit der Dialyse bei Nierenpatienten oder der Insulin-Behandlung bei Diabetikern verglichen werden. Die Behandlung kann zwar nicht die Krankheit selbst beseitigen, aber sie ist unverzichtbar bei der Linderung der Krankheitsbeschwerden. Die Vergütung von somatischen Behandlungsmethoden wie der Dialyse und der Insulin-Behandlung wird zu Recht nicht in Frage gestellt. Eine einseitige Einschränkung von Langzeitbehandlungen bei psychischen Störungen würde psychisch kranke Versicherte diskriminieren und ist deshalb klar abzulehnen. Auch der künftige Verordnungstext muss zum Ausdruck bringen, dass die Kosten von Langzeittherapien wenn nötig und sinnvoll vergütet werden.

Antrag:

KLV Art. 3 Abs. 1 wird unverändert in der neuen Fassung der KLV übernommen (Art. 3 Abs. 1 des Entwurfes wird Abs. 2 etc.)

b) Ausgestaltung des Meldeverfahrens

Nach dem Entwurf müssen der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin spätestens nach 8. Konsultationen eine Meldung über die begonnene Behandlung einreichen. Der Versicherer teilt dem behandelnden Arzt mit Kopie an die versicherte Person innert 10 Tagen nach Empfang der Meldung den Entscheid über eine weitere Kostengutsprache mit.

Das vorgeschlagene Verfahren ist aus verschiedenen Gründen weder sinnvoll noch praktikabel:

- Die Einführung von Meldungen zu diesem ausserordentlich frühen Zeitpunkt ist problematisch. Der Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen Therapeutin und Patientin nimmt regelmässig eine gewisse Zeit in Anspruch. Vielfach können die Patienten und Patientinnen traumatische Erlebnisse (wie z.B. sexuellen Missbrauch in der Kindheit) erst äussern, wenn diese Vertrauensbeziehung hergestellt ist. Für den Entscheid über die Fortsetzung der Psychotherapie und die weitere Planung sind solche Informationen jedoch von grosser Bedeutung.
- Der Versicherer muss spätestens 10 Tage nach Eingang der Meldung den Entscheid über die Kostengutsprache erteilen. Das bedeutet, dass dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wohl maximal eine Arbeitswoche für die Prüfung der Meldung zur Verfügung steht. Es ist kaum denkbar, dass in dieser kurzen Zeit in jedem Fall eine seriöse Prüfung der Meldung möglich ist. In Zweifelsfällen wird es sinnvoll sein,

dass der Vertrauensarzt mit dem behandelnden Arzt Rücksprache nimmt oder Zusatzinformationen einholt. Der vorgegebene Termindruck lässt jedoch kaum Zeit für zusätzliche Abklärungen.

Einerseits schlagen wir deshalb vor, dass erst ab der 25. Therapiesitzung eine ausdrückliche Kostengutsprache für die Fortsetzung der Psychotherapie erforderlich ist. Andererseits sollte das Meldeverfahren so gestaltet werden, dass ein minimaler zeitlicher Spielraum für zusätzliche Abklärungen besteht.

Antrag:

KLV Art. 3 Abs. 2 (entspricht Abs. 1 des Entwurfes)

„Sofern eine Psychotherapie voraussichtlich mehr als **25 Abklärungs- und Therapiesitzungen (Konsultationen)** andauern wird, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin **spätestens 30 Tage vor der 25. Konsultation** eine Meldung über die begonnene Behandlung einzureichen. Gestützt auf diese Meldung schlägt der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin dem Versicherer vor, die Kosten für maximal **25 weitere Konsultationen** zu übernehmen. Innerhalb von **20 Tagen** nach Empfang der Meldung teilt der Versicherer dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin mit Kopie an die versicherte Person mit, in welchem Umfang die Kosten für die Psychotherapie weiter übernommen werden.

Abs. 3 (entspricht Abs. 2 des Entwurfes)

Soll die Psychotherapie nach **50 Konsultationen** zu Lasten der Versicherung (Rest unverändert)

Wir bitten Sie, unsere Überlegungen und Anträge sorgfältig zu prüfen. Für das Verständnis gegenüber den Anliegen von psychisch kranken und behinderten Menschen danken wir Ihnen im voraus.

Mit freundlichen Grüßen
Stiftung Pro Mente Sana



Lic.iur. Jürg Gassmann
Zentralsekretär