

Kritik an der neuen Verordnung zur ärztlichen Psychotherapie:

Psychotherapie „weg vom Fenster“ ?

Anfangs Juli 2006 liess Pascal Couchepin eine neue Verordnung zur ärztlichen Psychotherapie durch den Bundesrat verabschieden. Alle Fachgesellschaften im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie lehnten diese in der vorangegangenen Diskussion aber deutlich ab. Sie wird als praxisfern und unwissenschaftlich beurteilt und sie dürfte zusätzliche bürokratische Ausgaben in der Grössenordnung von jährlich rund 10 Millionen Franken bringen. Man muss sich daher fragen, warum diese Verordnung trotzdem eingeführt wurde. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), welches nach Prof. Zeltner der psychischen Gesundheit höchste gesundheitspolitische Priorität einräumen will, verspricht sich davon mehr Effektivität. Die durchschnittliche Länge der Psychotherapien soll gesenkt werden, wodurch mehr Menschen in den Genuss einer Psychotherapie kommen sollten. Das BAG geht bei dieser Einschätzung aber von ungenügenden und einseitig interpretierten Fakten aus. Es steht die Absicht im Raum : Rationierung und Leistungsabbau.

Ungenügende Zusammenarbeit mit den Fachspezialisten

Obwohl die Fachgesellschaften bereits im Sommer 2005, als die Revision erstmals angekündigt wurde, ihre Zusammenarbeit angeboten hatten, wurden ihnen erst Anfang April in kurzen Hearings die Vorschläge präsentiert und man gewährte ihnen eine sehr kurze Zeit von nur 14 Tagen (über die Osterfeiertage), um Stellung zu beziehen. Nach den anschliessenden Beratungen in der Eidgenössischen Leistungskommission wurden zwar einzelne Punkte noch einer genaueren Überprüfung zugewiesen; im Grunde wurde aber eine Verordnung verabschiedet, welche dem ursprünglichen Vorschlag entspricht. Dieser wurde von einer Projektgruppe erarbeitet, welche vor allem aus Versicherungs- und Vertrauensärzte zusammengesetzt gewesen ist. Die Gesichtspunkte der Versicherer haben sicherlich Bedeutung, aber eine umfassende Problemanalyse und praktikable Lösungen können nur gemeinsam mit den Fachvertretern aus Forschung und Praxis entwickelt werden. Die Vorgehensweise des BAG ist eine Missachtung des Fachbereiches Psychiatrie und Psychotherapie. Sie steht im Gegensatz zum erklärten Ziel des BAG, man wolle der psychischen Gesundheit eine gesundheitspolitische Priorität geben.

Verwirrung statt Rechtssicherheit

In der Verordnung wird zwar Psychotherapie definiert (in einer Definition die nicht über alle Zweifel erhaben ist), doch der springende Punkt ist die Unterscheidung von „Psychotherapie im engeren Sinne“ und „integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung“. Nur für die „Psychotherapie im engeren Sinne“ gilt die Verordnung. Von einem praktischen Blickwinkel her heisst dies, dass alle Behandlungen bei denen zusätzlich zur Psychotherapie noch andere Massnahmen (z.B. Medikamente, Lichttherapie, Sozialpsychiatrie etc.) eingesetzt werden, nicht unter die Verordnung fallen. Es gibt nun eine grosse Bandbreite von Störungen,

Behandlungssituationen und Phasen von Erkrankungen, wo diese klare Unterscheidung nicht getroffen werden kann. Was ist, wenn z.B. der Hausarzt Medikamente gibt und für die Psychotherapie ein psychologischer Psychotherapeut zuständig ist? Was ist, wenn z.B. ein Patient nur in einer ersten Phase Medikamente braucht und eine Psychotherapie eingeleitet wird? Die Entscheidung, ob nun die Behandlung unter die Verordnung fällt oder nicht, wird in der Praxis sehr schwierig. Es entsteht eher Verwirrung als Rechtssicherheit.

Die „erste Meldung“ nach 6 Sitzungen ist Unsinn

Einer der einschneidendsten und umstrittensten Punkte der Verordnung ist die „Meldung“ an den Vertrauensarzt nach der sechsten Sitzung, damit bis zur 10. Sitzung eine Kostengutsprache für die Fortsetzung geleistet werden kann. Diese „Meldung“ ist aus mehreren Gründen problematisch.

- Zunächst ist nicht klar, ob es in der Verordnung um eine „Meldung“ oder einen „Bericht“ geht. Im medizinischen Bereich sind Meldungen bisher nur Anzeigen (z.B. Krankmeldungen, Meldung von Infektionskrankheiten); Anzeigen lösen aber keine Behandlungskonsequenzen aus, höchstens Rückfragen. In der Verordnung wird dieses gängige Verständnis verändert, weil die „erste Meldung“ mit einer Beurteilung verbunden ist. Die Verordnung sieht bei dieser „Meldung“ nur wenige standardisierte Angaben vor. Es ist höchst fragwürdig, dass die Vertrauensärzte aufgrund solcher Angaben Kostengutsprachen entscheiden können!
- Dieser frühe Bericht geht davon aus, dass man innerhalb von 6 Sitzungen Diagnose und Behandlungskonzept festlegen könne. Wahrscheinlich wird dies in etwa 2/3 der Fälle möglich sein, wobei aber immer offen bleibt, ob das anvisierte Behandlungskonzept dann auch wirklich durchgeführt werden kann. Es gibt unzählige Einflussfaktoren, welche Veränderungen der Behandlung notwendig machen; häufig ändern sich auch die Diagnosen bzw. Problemstellungen. Der frühe Bericht suggeriert eine Genauigkeit, die er nicht einhalten kann.
- Fatal sind die Konsequenzen für die Patienten. In einem administrativen Schnellverfahren sollen hier heikle persönliche Daten an die vertrauensärztlichen Dienste geschickt werden. Dort werden Fichen angelegt, die bei allen versicherungsrechtlichen Fragen relevant werden können. Die frühen Berichte zwingen zu diagnostischen Festschreibungen, welche später nur schwer zu korrigieren sind. Diese Sicht des Persönlichkeitsschutzes wurde überhaupt nicht abgeklärt.
- Mit dem frühen Bericht wird auch die Strategie der Früherfassung psychischer Krankheiten unterlaufen. Es ist bekannt, dass Bindungsprobleme, Misstrauen, paranoide Vorstellungen und Ängste vor sozialen Konsequenzen die Menschen eher hindern, eine Psychotherapie aufzusuchen. Häufig wird auch eine Behandlung vor Angehörigen, Bekannten und am Arbeitsplatz verschwiegen. Die Hürde, eine Psychotherapie aufzusuchen, ist insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Problemen am grössten. Das Wissen um einen frühen Bericht, wird diese Hürde noch vergrößern.

Die Problematik der Früherfassung legt es nahe, dass ein Freiraum erhalten bleiben muss. Bisher musste nach 60 Stunden ein Bericht erstellt werden; man könnte die Frist auch auf 40 Sitzungen senken, das entscheidende ist, dass ein solcher Spielraum für die Erarbeitung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses und des Behandlungskonzeptes existiert. Die bisherige Erfahrung (z.B. durch Praxisstudien erhärtet) hat auch gezeigt, dass etwa 2/3 aller Problemstellungen innerhalb der ersten 60 Sitzungen bearbeitet werden können. Der erste Bericht ist demnach ein unnötiger, antitherapeutischer Aufwand, der nur administrative Mehrkosten bringt.

Unsicheres Rekurswesen: kein Recht auf Psychotherapie

Bis heute ist nicht geklärt, wie das Rekurswesen im Falle eines ablehnenden Entscheides durch den Vertrauensarzt geregelt sein soll. Eine spezielle Regelung würde eine Revision des KVG erfordern, was sicher bis zum 1.1.2007 nicht der Fall sein kann. Von Seiten des BAG wird betont, dass sich hier gute informelle Lösungen finden lassen und es wird auch auf den direkten Kontakt mit den Vertrauensärzten hingewiesen. Die Regelung der Rekurse ist allerdings bei dieser einschneidenden Verordnung von besonderer Bedeutung, weil bei ablehnenden Entscheiden Krisen der Patienten zu erwarten sind. Die Verordnung kehrt das Recht auf Psychotherapie in der obligatorischen Krankenversicherung um. Der Beweis für die Indikation einer Behandlung muss im kritischen Fall durch den Patienten vor Gerichten durchgesetzt werden; die Beweispflicht liegt nicht bei der Versicherung. Es gibt kein Recht, dass eine Behandlung so lange weitergeführt werden kann, bis dies geklärt ist.

Entmündigung der Fachleute

Laut BAG ist ein Ziel der verschärften Kontrollen, unsachgemässe Behandlungen mit unwissenschaftlichen Psychotherapiemethoden zu unterbinden. Bis heute wurden keine Fakten über das Ausmass dieses Problems vorgelegt. Stattdessen wird eine ganze Berufsgruppe unter Pauschalverdacht gestellt und deren Kompetenz bestritten, verantwortungsvoll Indikationen für Behandlungen vornehmen zu können. Sollen dies Vertrauensärzte ohne besondere Psychotherapieweiterbildung aufgrund kurzer „Meldungen“ besser können? Kontrollen dubioser Behandlungen wären bereits gemäss der alten Verordnung notwendig und möglich gewesen; die Vertrauensärzte haben diese Verantwortung aber offenbar nicht vollständig wahrnehmen können. Eine hypothetische Annahme: ginge man davon aus, dass etwa 5% der Langzeitbehandlungen unsachgemäss wären, dann käme man auf jährliche Ausgaben von 3– 5 Millionen Franken für solche Fehlbehandlungen. Der bürokratische Mehraufwand für die neue Verordnung wird aber mindestens 9– 10 Millionen Franken kosten. Dies ist ein Missverhältnis. Das angebliche Problem unsachgemässer Behandlungen wäre im direkten Dialog zwischen BAG und Fachgesellschaften billiger, besser und respektvoller zu lösen.

Überschätzung des Potentials von Kurzzeitbehandlungen

Das BAG geht davon aus, dass in der Schweiz die Psychotherapien zu lange dauern und deshalb eine Verschiebung der Behandlungen in Richtung Kurztherapien erreicht werden sollte. Auch diesbezüglich wurden bisher keine Fakten vorgelegt. Gesundheitspolitisch macht eine solche Überlegung einen gewissen Sinn, doch wird das Potential völlig überschätzt. In der Psychotherapie hat sich gezeigt, dass die Erfolge mit Kurzzeit-Behandlungen hauptsächlich als Symptomheilungen bei speziell ausgewählten Patientengruppen gelten können. Sie können Langzeittherapien nicht ersetzen. Nach den klinischen Studien, neuerdings auch gestützt durch die Hirnforschung, brauchen nachhaltige Veränderungen längere Behandlungen. Weil im psychiatrischen Alltag komplexere Situationen vorherrschen, werden in der Fachwelt Praxisstudien gefordert, wie dies Mattanza, Meier und Schlegel unlängst in Zürich durchgeführt haben. Im Juni 2006 am Kongress der Psy-Verbände vertrat Prof. Meinrad Perrez die gleiche Haltung und verwies auf neue Richtlinien der APA (American Psychological Association). Diese Fachgesellschaft rückt neuerdings die „evidence based practice“ ins Forschungszentrum.

Bereits heute dauern rund 2/3 der Psychotherapien weniger als 100 Stunden. Im Jahre 2004 dürften von den 368 Mio. Franken, welche für ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der Krankenversicherung ausgegeben wurden etwa 15–20% für Langzeitbehandlungen ausgegeben worden sein (Schätzung basierend auf den letzten verfügbaren Zahlen von santésuisse). Die durchschnittliche Konsultationsrate pro Patient bei Psychiatern beträgt je nach Kanton 10 – 15 Konsultationen pro Jahr. Die Reserven sind demnach gering. Wenn man trotzdem den Durchlauf bei den Psychotherapeuten erhöhen will, dann hat dies diskriminierende Auswirkungen auf Patienten, welche eine Langzeitbehandlung benötigen. Man muss davon ausgehen, dass der Bedarf an Psychotherapien heute lediglich zu 30–40% gedeckt ist. Allfällig freie Kapazitäten werden rasch gefüllt sein, d.h. es werden dann einfach andere Menschen in Behandlung sein. Die Folge ist, dass mehr Leute im Sinne des „Giesskannenprinzips“ in den Genuss einer kürzeren, aber nicht unbedingt angemessenen Psychotherapie kommen; Patienten mit langwierigen Problemstellungen werden nicht mehr in Psychotherapie sein.

Warum trotzdem die Verordnung : Rationierung und Leistungsabbau ?

Dem BAG waren diese und weitere Einwände bekannt, z.B. dass die Ausgaben für Psychotherapien konstant unterdurchschnittlich sind und den Bedarf an Psychotherapie nicht decken und dass mit dieser Verordnung kostenmässig nichts gewonnen ist. Man muss sich deshalb fragen, weshalb sie trotzdem eingeführt worden ist. In einem der Hearings sagte ein Vertreter des BAG : „Herr Bundesrat Couchepin will unbedingt diese frühe Meldung“. Warum kann ein Politiker in einer Sachfrage so was unbedingt wollen? Er hat von verschiedenen namhaften Leuten persönliche Briefe bekommen, welche ihn von der neuen Verordnung abgeraten haben. Er hat es trotzdem getan.

- Eine Interpretation dieses Vorganges ist sozialpsychologischer Natur. Die zunehmenden psychischen Probleme in unserer Gesellschaft machen (auch) Politiker ratlos und ängstlich. Es sind „irrationale“ Faktoren am Werk, welche

den Reflex nach mehr Kontrolle auslösen. Das Subjektive, das Unbewusste, das Irrationale und die Schattenseiten des Menschen sind Begriffe, die nicht in politische Konzepte passen und suspekt sind. Es gibt Politiker und Bürokraten, welchen dies gelegen kommt und die meinen, mit Kontrollen von Patient und Psychotherapeut könnte man diese menschlichen Seiten „in den Griff“ bekommen. Die neue Verordnung ist ein Eindringen in die psychische Privatsphäre der Menschen, ein Versuch der Kontrolle des unbewussten Raumes. Im vorherrschenden gesundheitspolitischen Diskurs hat die psychische, menschliche Dimension nur noch einen verschwindenden Stellenwert. Mehrheitlich wird nur noch von Kosten geredet. Im Grunde ist dies ein Mangel an gesundheitspolitischen Visionen und eine Absage an die Mündigkeit von Patienten und Psychotherapeuten.

- Eine andere Interpretation ist politischer Natur. Diese Verordnung ist geprägt durch eine bürgerliche Gesundheitspolitik und die Interessen der Versicherungen. Couchepin selbst steht den Kassen nahe; die gesundheitspolitischen Kommissionen von National- und Ständerat sind dominiert von Kassenvertretern. Ziele dieser Politik sind einerseits die Kontrolle der „Leistungserbringer“ und andererseits die Einschränkung des Leistungskataloges für die obligatorische Krankenversicherung, d.h. eine Rationierung medizinischer Leistungen. Beides bringt die neue Verordnung. Prof. Zeltner, Direktor des BAG, hatte im Juni 06 anlässlich der Diskussion an der Tagung der Psy-Verbände für die neue Verordnung mit dem Argument geworben, es würden künftig in der Gesundheitsversorgung noch weit einschneidendere Massnahmen kommen, der Eingriff in die ärztliche Psychotherapie sei moderat. Die Psychiatrie-Psychotherapie habe bei diesen Eingriffen nun ihren Beitrag geleistet, die Psychotherapie sei daher künftig „weg vom Fenster“...

Autor :

Dr.med. Rudolf Balmer

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Präsident der EFPP Deutsche Schweiz

(European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector)

Martinsgasse 6

4052 Basel

rudolf.balmer@magnet.ch

Die Neuregelung KLV ärztliche Psychotherapie beinhaltet drei Hauptpunkte:

1. Neu wird die Psychotherapie in einer Verordnung definiert. Damit soll eine Rechtssicherheit geschaffen werden, welche Behandlungen als Psychotherapien gelten und als solche besonderen Bestimmungen für die Kostenübernahme unterstehen. Dies werden als **Psychotherapien im engeren Sinne** bezeichnet. Nicht betroffen von den Neuerungen sollen **integrierte psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen** sein; beispielsweise Kriseninterventionen oder die Langzeitbetreuung von Patienten mit chronischen psychischen Leiden, d.h. alle psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen welche neben Psychotherapie noch andere Behandlungsformen erfordern.
2. Wenn eine Therapie voraussichtlich länger als zehn Sitzungen dauert, muss der behandelnde Arzt den Vertrauensarzt des Versicherers über die Weiterführung der Therapie nach sechs Sitzungen mit einer kurzen **standardisierten Meldung** informieren. Gestützt auf die Beurteilung des Vertrauensarztes erteilt der Versicherer eine Kostengutsprache für vorerst maximal 30 weitere Sitzungen.
3. Soll eine Therapie über 40 Sitzungen hinaus fortgesetzt werden, ist ein **Bericht** des behandelnden Arztes zusammen mit einem Kostengutsprachege such erforderlich. Bisher musste ein Bericht und ein Kostengutsprachege such erst nach 60 einstündigen Sitzungen eingereicht werden.

Die Neuregelung tritt auf den 1. Januar 2007 in Kraft. Die Zeit bis zum Inkrafttreten soll genutzt werden zur Vorbereitung des Meldeverfahrens und zur Schulung der Vertrauensärzte. Die Neuregelung ist auf vier Jahre bis Ende 2010 befristet. Während dieser Zeit soll die Neuregelung einer Evaluation unterzogen werden.

Die folgende Zusammenstellung könnte allenfalls ebenfalls noch publiziert werden; sie ist aber in erster Linie als Hintergrundinformation gedacht.

Kosten für Langzeitbehandlung (Obligatorische Krankenversicherung 2004)

Aufwendungen für ambulante Behandlungen bei PsychiaterInnen: 353 Mio. CHF.

(Quelle: Vortrag Peter Marbet santésuisse Tagung PSY-Verbände 24.06.2006)
Davon betreffen ca. 50% die Psychotherapie im engeren Sinne nach KLV (50% betreffen die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen mit Medikamenten, Sozialpsychiatrie etc.) **Total Aufwendungen für Psychotherapie: 180 Mio. CHF.**

Gesamtkosten Psychotherapie im engeren Sinne nach KLV : 268 Mio. CHF.
(Psychiater: 180 Mio.; Psychologen: 88 Mio. für delegierte Psychotherapie)

Aufwendungen für Langzeittherapien:

Von den Psychiatern und Psychotherapeuten haben etwa 30–40% eine Weiterbildung absolviert, welche sie für Langzeitbehandlungen qualifiziert (v.a. psychoanalytische Psychotherapie). Von diesen werden bei rund 1/3 der Patienten eine Langzeittherapie durchgeführt. Dies entspricht etwa 50–60% der Aufwendungen (Quelle: Mattanza-Praxisstudie). **D.h. 15 – 25% der gesamten Kosten für Psychotherapie werden für Langzeitpsychotherapie aufgewendet : Total 40 – 70 Mio. CHF.**

„Einsparungspotential“ bei den Aufwendungen für Langzeitbehandlungen

Nach wissenschaftliche Studien stagnieren ca. 10-15% der Langzeitbehandlungen (was allerdings noch nichts über die Qualität bzw. darüber aussagt, ob die Therapien zu lange dauern): **Kosten in der Grössenordnung von 6 – 9 Mio. CHF.**

Mit dieser „Einsparung“ werden Zeitkapazitäten bei den Psychotherapeuten frei. Da man davon ausgehen muss, dass der Bedarf an Psychotherapien heute zu lediglich 30–40% gedeckt ist, werden diese Kapazitäten rasch gefüllt sein, d.h. es werden dann einfach andere Menschen in Behandlung sein. Die Folge ist, dass mehr Leute im Sinne des „Giesskannenprinzips“ in den Genuss einer kürzeren, aber nicht unbedingt angemessenen Psychotherapie kommen; Patienten mit chronischeren Störungen werden nicht mehr in Psychotherapie sein. Kostenmässig ist nichts gewonnen.

Kostenaufwand verursacht durch die neue Verordnung : 9-10 Mio. CHF.

Im Jahre 2004 dürften etwa 150'000 Menschen in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gewesen sein. Für rund 80% (= 120'000.-) müsste nach der neuen Verordnung ein erster Bericht erstellt werden, Kostenpunkt je Fr. 30.- – 40.- plus versteckte Verwaltungskosten in der gleichen Grössenordnung, d.h. insgesamt 7,2- 8,4 Mio. Franken. Für etwa die Hälfte dieser Patienten müsste nach 30 Stunden wiederum ein Bericht abgegeben werden, Kostenpunkt : 3,6 Mio Franken. Bereits heute wird ein Bericht nach 60 Stunden verlangt, d.h. die Kosten für diese Berichte von rund 1,8 Mio. müssten wieder abgezogen werden: Gesamtkosten des neuen Berichterstattungswesen : 9-10 Mio. Franken.