

EVALUATION DER UMSETZUNG UND DER UNMITTELBAREN EFFEKTE DER NEUEN BESTIMMUNGEN DER KRANKENPFLEGE- LEISTUNGSVERORDNUNG (KLV) ÜBER DIE PSYCHOTHERAPIE

Kurzfassung des Schlussberichts

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Genf und Luzern, den 4. Dezember 2008

Yann Boggio, Projektleiter (Evaluanda)

Jérôme Mabillard und Eric Zellweger (Evaluanda),
Cornelia Furrer und Sarah Fässler (Interface),
Dr. Marco Merlo (assoziiertes Experte)

Inhaltsverzeichnis

1	AUSGANGSLAGE, ZIELSETZUNG UND DISPOSITIV DER EVALUATION	3
1.1	ZIELSETZUNGEN UND FRAGESTELLUNGEN DER EVALUATION	3
1.2	DISPOSITIV DER EVALUATION	4
2	ERGEBNISSE DER EVALUATION	6
2.1	ZU UMSETZUNG UND VOLLZUG DER KLV-VERORDNUNG	6
2.2	ZU DEN UNMITTELBAREN EFFEKTEN NACH INKRAFTTRETEN DER KLV-VERORDNUNG	8
2.3	FAZIT	11
3	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	12
3.1	PRÄZISIERUNG DES GELTUNGSBEREICHES DER KLV-BESTIMMUNGEN	13
3.2	VEREINFACHUNG DER VERFAHREN	13
3.3	GEWÄHRLEISTUNG EINER KONTROLLE IM SINNE DES KVG	14
3.4	VERBESSERUNG DES KENNTNISSTANDS	14

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzungen	Definitionen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
ELK	Eidg. Leistungskommission
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen / Fédération Suisse des Psychologues
GDK/CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren / Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
ICD-10/CIM-10	Internationale Klassifikation der psychischen Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)
IPPB	Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung
KLV	Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
SAPPM/ASMPP	Schweizerische Akademie psychosomatische und psychosoziale Medizin / Académie suisse pour la médecine psychosomatique et psychosociale
SBAP	Schweizerischer Berufsverband Angewandte Psychologie
SGDP/SSMD	Schweizerische Ärztesgesellschaft für Delegierte Psychotherapie / Société suisse des médecins délégués
SGKJPP/SSPPEA	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie / Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent
SGPP/SSPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie / Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
SGV/SSMC	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte / Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances
SPV / ASP	Schweizer Psychotherapeutinnen- und Psychotherapeutenverband / Association Suisse des Psychothérapeutes
TARMED	Tarifwerk zur Abrechnung ärztlicher Leistungen
WZW	WZW-Kriterien: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

1 AUSGANGSLAGE, ZIELSETZUNG UND DISPOSITIV DER EVALUATION

Am 3. Juli 2006 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verschiedene Änderungen der Bestimmungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV¹) des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 29. September 1995 vorgenommen und damit die Modalitäten der Kostenübernahme ärztlicher Psychotherapie geändert.

Eine wesentliche Änderung ist die neu eingeführte Verpflichtung des behandelnden Arztes, dem Vertrauensarzt der Krankenversicherung eine Meldung einzureichen, wenn die Behandlung des Patienten seiner Einschätzung nach mehr als 10 psychotherapeutische Sitzungen erfordert. Diese **Meldung** muss nach der sechsten Sitzung eingereicht werden und Auskunft geben über die Diagnose gemäss ICD 10², Ziel und Zweck der Behandlung sowie die voraussichtliche Behandlungsdauer. Auf der Grundlage dieser Meldung beurteilt der Vertrauensarzt, ob die Psychotherapie fortgesetzt werden sollte und schlägt dem Versicherer die weitere Dauer der Kostenübernahme vor (höchstens 30 weitere Sitzungen - Art. 3a). Nach 40 Sitzungen muss ein **Bericht** erstellt werden. Erscheint die Fortsetzung der Psychotherapie danach weiterhin erforderlich, ist einmal jährlich ein Bericht einzureichen (Art. 3b).

Den neuen KLV-Bestimmungen unterstehen psychotherapeutische Behandlungen, die seit dem 1. Januar 2007 begonnen wurden und von Psychiatern/Psychotherapeuten, Kinderpsychiatern/Psychotherapeuten, Ärzten mit Zulassung zur Psychotherapie (Vor TARMED) oder delegierenden Ärzten durchgeführt werden, sofern die Behandlung die Definition in Kapitel 1 Art. 2 KLV erfüllt.

Diese neuen Verordnungsbestimmungen haben die Bedingungen der Kostenübernahme für psychotherapeutische Behandlungen³ grundlegend verändert: Bis Dezember 2006 wurden Psychotherapien ohne jegliche Bedingungen von der Grundversicherung übernommen und ein Bericht an den Vertrauensarzt musste erst nach 60 Sitzungen innerhalb von zwei Jahren erfolgen.

1.1 ZIELSETZUNGEN UND FRAGESTELLUNGEN DER EVALUATION

In seinem Pflichtenheft zum Evaluationsmandat hat das BAG Fragestellungen auf drei Ebenen formuliert:

- ⇒ Die erste Ebene dient der frühzeitigen Feststellung der „technischen“ Probleme, die von den verschiedenen am Vollzug der neuen Verordnung Beteiligten festgestellt werden, sowie der Formulierung von Lösungsvorschlägen. Ziel ist die **Optimierung des Vollzugs und seiner Instrumente**.
- ⇒ Auf der zweiten Ebene sollen die unmittelbaren **Effekte der Verordnungsänderung aufgezeigt** und damit die Grundlagen für allfällige Anpassungen der KLV-Bestimmungen geschaffen werden.
- ⇒ Auf der dritten Ebene wird von der Evaluation ein Beitrag zur **Verbesserung der Datenlage im Sinne besserer Kenntnisse, grösserer Transparenz und besseren Verständnisses der Prozesse** in der ambulanten ärztlichen Psychotherapie erwartet.

¹ Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 (Stand zum 1. Januar 2008).

² Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten. Weitere Informationen unter www.icd10.ch.

³ Allerdings nicht die IPPB: Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, die von der Revision nicht betroffen ist.

Die Evaluation wurde durchgeführt in enger Zusammenarbeit mit Frau Marianne Gertsch, Evaluationsexpertin, und Dr. Felix Gurtner, Stellvertretender Leiter der Abteilung Medizinische Leistungen sowie Verantwortlicher für das Dossier KLV-Revision, beide in leitender Funktion im Bundesamt für Gesundheit tätig.. Bereits in der Phase der Erarbeitung des Pflichtenheftes wurde der Evaluation zudem eine Begleitgruppe zur Seite gestellt.

Dieser Begleitgruppe gehören folgende Mitglieder an:

- Dr. med. Christian Bernath, Präsident der Schweizerische Ärztegesellschaft für Delegierte Psychotherapie (SGDP/SSMD)
- Dr. med. Markus Binswanger, Chefarzt Psychiatrische Klinik Littenheid, Vertreter von H+
- Dr. med. Heinz Burger, Vertrauensarzt (Vollzeit) der KPT, Vertreter der Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV/SSMC)
- Prof. Dr. med. Wilhelm Felder, Ordinarius für Kinderpsychiatrie Uni Bern, Präsident der Schweiz. Gesellschaft Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP/SSPPEA)
- Herr Jürg Gassmann, Rechtsanwalt, Generalsekretär Pro Mente Sana
- prod. Dr. Hugo Grüwald, Psychologe und Psychotherapeut, Zürich, Dozent HAP Zürich, Vertreter des Schweizerischen Berufsverbands Angewandte Psychologie (SBAP)
- Dr. med. Reto Guetg, Vertrauensarzt (Teilzeit) von santésuisse und Internist; Mitglied der Eidg. Leistungskommission ELK
- Herr Pedro Koch, Vertreter der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO)
- Dr. med. Hans Kurt, Psychiater in eigener Praxis, Solothurn, Präsident des Dachverbands FMPP (Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum) und der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP/SSPP)
- Dr. med. Pierre Loeb, Allgemeinpraktiker, Basel, Präsident der Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM/ASMPP), Vertreter des Kollegiums für Hausarztmedizin
- Herr Thomas Merki, Psychologe und Psychotherapeut, Zürich, Präsident des Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verbands (SPV/FSP), im Verlauf der Evaluation ersetzt durch Stefan Dietrich, Dr. phil., Präsident der Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeuten und -therapeutinnen (GedaP)
- Frau Regula Ricka, BAG, Projektleiterin im Bereich psychische Gesundheit
- Dr. med. Pierre Vallon, Psychiater in eigener Praxis und Mitglied des Vorstands der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP/SSPP) sowie der Versicherungskommission der SGPP

1.2 DISPOSITIV DER EVALUATION

Diese externe Evaluation baut auf der Kombination komplementärer, qualitativer und quantitativer Verfahren auf und verlief in 4 Phasen:

Die **erste Phase** war auf die Erkundung des Feldes und die Formulierung erster Hypothesen ausgerichtet. Dazu wurden explorative Gespräche mit zehn Mitgliedern der Begleitgruppe (als Vertreter der betroffenen „Stakeholder“) und Mitarbeitern des BAG geführt und es wurde eine erste Dokumentenanalyse vorgenommen. Zum Abschluss dieser einleitenden Phase wurde ein detailliertes Evaluationsdispositiv vorgelegt und genehmigt.

In der **zweiten Phase** ging es um die Frage, wie die Meldungen und Berichte von den Vertrauensärzten behandelt werden. Dieser Frage wurde anhand von 456 konkreten Meldeformularen

bearbeitet, die von sechs vertrauensärztlichen Diensten in drei hinsichtlich der Dichte der behandelnden Ärzte sehr unterschiedlichen Kantonen (Kantone Genf, Luzern, Thurgau)⁴ zur Verfügung gestellt wurden.

Parallel dazu wurden neun Vertrauensärzte in semidirektiven Interviews zu ihren Meinungen über das durch die KLV-Revision eingeführte System befragt.

Schwerpunkt der **dritten Phase** der Evaluation war die Erfassung von Meinungen und Eindrücken auf Seiten der Krankenkassenleitungen, des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten und insbesondere der behandelnden Ärzte (semidirektive Interviews mit insgesamt 33 Schlüsselakteuren im Verlauf der Evaluation sowie standardisierte schriftliche Befragung). Aufgrund der Antworten auf die Fragebogenerhebung konnte eine Datenbasis über die im Jahr 2007 begonnenen therapeutischen Behandlungen erstellt werden.

Der Fragebogen wurde an einen ausgedehnten Adressatenkreis geschickt: 1'400 Ärzte wurden angeschrieben, von denen 463 antworteten. Dies entspricht einem Rücklauf von 33 %, (respektive von 36 %, wenn die Adressaten berücksichtigt werden, die meldeten, die Bedingungen zur Teilnahme nicht zu erfüllen). Die Teilnehmenden gaben insgesamt Auskunft über 2'179 "Fälle" von Psychotherapien. .

Weiter wurde bei sieben kantonalen Versicherungsgerichten eine Untersuchung durchgeführt, um die Zahl allfälliger Beschwerden von Patientenseite infolge der neuen KLV-Bestimmungen zu erheben. Parallel wurde ausserdem ein Literatursuch nach Artikeln zur Thematik KLV-Revision in Medien und einschlägigen Fachzeitschriften durchgeführt.

Die **vierte Phase** war dann den Analysen und redaktionellen Arbeiten gewidmet und schloss mit der Erstellung des Evaluationsberichtes ab⁵, der inzwischen von der Begleitgruppe validiert worden ist.

Diese Strukturierung in verschiedene Phasen bot die Möglichkeit, unsere Antworten progressiv zu erarbeiten und gleichzeitig, soweit möglich, die aktuellsten Auswirkungen der KLV-Revision zu berücksichtigen.

Unser Dank gilt an dieser Stelle allen Mitgliedern der Begleitgruppe und des BAG für ihre fachkundige Beratung, und allen Personen, die wir im Rahmen der Evaluation getroffen bzw. die auf den Fragebogen geantwortet haben, für ihre Bereitschaft und ihre Beteiligung an dieser Untersuchung.

⁴ Gemäss OBSAN, Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse [Angebot und Inanspruchnahme an ambulanten medizinischen Leistungen in der Schweiz], H. Jaccard Ruedin et al, Arbeitsdokument 22, April 2007.

⁵ Ab Mitte Januar 2009 auf der Website des BAG online verfügbar.

2 ERGEBNISSE DER EVALUATION

Dieser zusammenfassende Bericht stellt die wichtigsten Resultate zusammen, die im Rahmen der verschiedenen Untersuchungsphase und -methoden erarbeitet wurden. Er ist entsprechend der zwei wesentlichen Teilprojekte der Evaluation, Umsetzung der KLV-Revision einerseits und Effekte der Revision andererseits, gegliedert und schliesst auch einzelne Erkenntnisse aus der Analyse der therapeutischen Behandlungen ein.

2.1 ZU UMSETZUNG UND VOLLZUG DER KLV-VERORDNUNG

Unter den Vertretern der betroffenen Verbände (Ärzte, Psychologen und Patienten) herrscht der Eindruck vor, dass die KLV-Revision im Jahr 2006 in einem wenig partnerschaftlichen bzw. sogar einseitigen Schnellverfahren erfolgte. Dennoch wird der Informationsstand der Ärzte zum Datum des Inkrafttretens der neuen Verordnung am 1. Januar 2007 als gut und ausreichend beurteilt.

Aufgrund der Publizität der KLV- Revision gelang den zentral betroffenen Akteuren - behandelnde Ärzte, Vertrauensärzte und Krankenkassen - in der Tat trotz der deutlich ablehnenden Haltung gegenüber der Revision die Umstellung auf das neue System ohne grössere Schwierigkeiten. Sowohl die Ärztesgesellschaften als auch die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauensärzte leisteten umfangreiche Vorbereitungsarbeit, so dass das neue System unmittelbar nach dem effektiven Inkrafttreten der neuen Verfahren funktionsfähig war.

Dennoch sind die folgenden Probleme festzustellen:

IPPB und Psychotherapie im engeren Sinne

Der erste Punkt betrifft sicherlich die Abgrenzung zwischen den Behandlungen, die gemeldet und denen, die nicht gemeldet werden müssen: Die Unterscheidung zwischen einer Psychotherapie im Sinne der KLV-Bestimmungen und einer IPPB erscheint 18 Monate nach Inkraftsetzung der Revision aus Sicht der behandelnden Ärzte und der Vertrauensärzte nicht ausreichend definiert und expliziert.

Neben der Frage der Eingrenzung des Geltungsbereichs der KLV ist auch nicht klar, ob eine strenge Abgrenzung machbar und angemessen ist: Es scheint derzeit, wie sich aus den gesammelten Antworten schliessen lässt, dass die revidierte KLV zwar Psychotherapie genauer umreisst und dadurch von einer IPPB unterscheidet, ohne aber eine eindeutige Abgrenzung zwischen diesen beiden Behandlungskonzepten zu erlauben.

Ohne in einen medizinischen Diskurs einzutreten, der nicht in unsere Zuständigkeit fällt, aber gestützt auf die verfügbaren Daten ist z.B. darauf hinzuweisen, dass anhand der untersuchten Psychotherapien die Veränderlichkeit der gestellten Diagnosen über die Zeit sichtbar wird. Dies veranschaulicht unserer Ansicht nach die Entwicklungen auf der Beziehungs- und der Inhaltsebene im Dreieck Patient/Erkrankung/Arzt, welche wiederum zu einer gewissen Permeabilität zwischen IPPB und Psychotherapie führen können.

Allerdings verfügen wir nicht über das notwendige Instrumentarium, um diese Frage klar zu beantworten und möchten daher die Abgrenzung den betroffenen Fachpersonen überlassen. Wir können an dieser Stelle jedoch bestätigen, dass die Revisionsgrundlage selbst, namentlich eben diese Unterscheidung zwischen einer IPPB und einer Psychotherapie, unsicher erscheint und erneut überprüft werden müsste.

Das Hauptproblem liegt darin, dass das BAG nicht definiert hat, was eine IPPB ist. Es ist nicht klar, wer dies definieren soll: der Leistungs- oder der Kostenträger? Darum hat auch seitens der Fachgesellschaften den Modus Vivendi gefunden, dass Therapien, deren Schwerpunkt bei der PT liegt, gemeldet werden müssen. Diese Gewichtung nimmt der Leistungserbringer vor und die Versicherungen stützen sich darauf ab. (Vertrauensarzt)

Das Meldeformular

Der zweite kritische Punkt betrifft das Meldeformular als wichtigstes Instrument, anhand dessen überprüft wird, ob die Kostenübernahme für die Psychotherapie gemäss KVG ausreichend begründet ist.

Die Ergebnisse der Evaluation lassen darauf schliessen, dass das Meldeformular in seiner heutigen Form seine Aufgabe nicht erfüllen kann: Sowohl die Adressaten - die Vertrauensärzte - als auch die Aussteller - die behandelnden Ärzte - beurteilen seinen Informationswert als sehr lückenhaft und absolut unzureichend für die fundierte und begründete Beurteilung eines Therapieprozesses:

- Da eine klare Abgrenzung zwischen Psychotherapie und IPPB fehlt, ist es schwierig festzustellen, ob die Kontrolle - Psychotherapie gemäss KLV oder IPPB - grundsätzlich relevant ist.
- Die Prüfung der Entsprechung von Behandlung und Diagnose ist anhand der verfügbaren Informationen nahezu unmöglich. Dies insbesondere auch, da die Diagnosestellung einer Reihe von Zwängen unterliegt, namentlich dem Schutz der therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung und, damit verbunden, der Notwendigkeit der Erhaltung der Ressourcen des Patienten.
- Prüfungen unter den Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit und der Wirksamkeit gemäss Artikel 32 KVG sind anhand des Meldeformulars nicht möglich, da die spezifischen Merkmale (multidimensional und relational) psychotherapeutischer Behandlung kaum mit der Behandlung eines somatischen Krankheitsbildes vergleichbar sind. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit müsste zudem in einem validierten Referenzrahmen erfolgen, dessen Ausarbeitung sich auf dem Gebiet der Psychotherapie als äusserst komplex erweist⁶.
- Möglich ist lediglich eine globale Konformitätsprüfung, die gemäss den Schätzungen der Vertrauensärzte in ungefähr einem von 200 Fällen aus eindeutigen Gründen zur Ablehnung der Kostenübernahme für die Psychotherapie im Rahmen des KVG führt. Entsprechend ist zu fragen, ob sich für eine derartige Konformitätsüberprüfung der Aufwand von ca. 15'000 Arbeitsstunden für das Erstellen der Meldeformulare durch die Ärzte und deren Behandlung durch die Vertrauensärzte und die Krankenkassen lohnt.

Zur Tatsache, dass nur eine punktuelle, oberflächliche Konformitätsüberprüfung möglich ist kommt die Frage, wie Vertrauensärzte, die nicht Psychiater sind, mit den Meldungen umgehen können. Diese verfügen ihrer eigenen Einschätzung nach mehrheitlich nicht über ausreichende Sachkenntnis, um sich zu gestatten, dem Antrag eines Kollegen zu widersprechen.

Die im Rahmen des neuen Verfahrens obligatorische Unterschrift des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters auf dem Meldeformular und somit seine Einsicht in die medizinische Benennung seiner Erkrankung wirft ebenfalls eine Reihe von Fragen auf. Unseren Ergebnissen zufolge ist die Mehrheit der behandelnden Ärzte die Ansicht, dass eine Diagnosestellung und die Zuordnung einer entsprechenden Behandlung nach der 6. Sitzung schwierig, wenn nicht gar fehlleitend sein kann, und überdies die therapeutische Beziehung gefährdet.

Die uns zur Verfügung stehenden Informationen über die psychotherapeutischen Behandlungen weisen zudem eine eher schwache Korrelation zwischen der gestellten Diagnose und der beantragten Behandlungsdauer auf.

Was schliesslich die gesetzliche Frist für die Antwort auf die Meldung anbelangt haben unsere Untersuchungen ergeben, dass diese nicht immer eingehalten wird, wobei sich dies nicht negativ auf den weiteren Behandlungsverlauf auszuwirken scheint.

⁶ Siehe Zimmermann G., de Roten Y & J.-N. Desplands, *Efficacité, économie et caractère approprié de la psychothérapie: état de la question*, Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2008, 159: 119-126.

Angesichts dieser Ergebnisse sollte diese Etappe des neuen Verfahrens einer eingehenden Überprüfung unter dem Gesichtspunkt der Relevanz unterzogen werden.

Der Grossteil der Therapien dauert nicht Jahrzehnte. Darum stellt sich die Frage, ob ein solches Meldeformular sinnvoll ist. (Vertrauensarzt)

Der Bericht nach der 40. Sitzung

Das Vorziehen des Zeitpunkts für die Einreichung des ersten Berichts von der 60. auf die 40. Sitzung stösst auf keinen nennenswerten Widerstand. Tatsächlich scheinen die meisten psychotherapeutischen Behandlungen in weniger als 40 Sitzungen abgeschlossen zu werden. Daher erscheint es gerechtfertigt, den Zeitpunkt für die Überprüfung der Kostenübernahme vorzuziehen.

Allerdings vertreten die Vertrauensärzte mit psychiatrischer Ausrichtung einhellig die Meinung, dass die Standardisierung der Berichte gemäss den Empfehlungen des BAG sich negativ auf das Verständnis bzw. die Nachvollziehbarkeit der laufenden Behandlungsprozesse auswirke: Im Vergleich zum früheren System sei es ihnen heute somit schlechter möglich, die Zweckmässigkeit der Fortsetzung der Behandlung sowie der Entsprechung von therapeutischem Ansatz und Pathologie zu beurteilen.

Dass Vertrauensärzte offenbar unterschiedlich auf Berichte und Anträge antworten wirft schliesslich eine ganze Reihe von für die Weiterführung der Therapien wichtige Fragen auf: so wurde z.B. der Fall einer Krankenkasse berichtet, die für das Jahr 2007 nur 30 weitere Sitzungen bewilligte, während die KLV-Bestimmungen mindestens einen jährlichen Bericht fordern. Ferner haben wir festgestellt, dass mehrere Vertrauensärzte ihre Antworten auf Kriterien stützen, die aus der Zeit vor der derzeit geltenden KLV-Revision stammen, d.h. z.B. ab dem zweiten Behandlungsjahr höchstens zwei wöchentliche Sitzungen bewilligen. Damit hat die Antwort häufig normativen Charakter und gründet nicht auf der Prüfung, ob die Behandlung für den jeweiligen Fall zweckmässig ist. So äusserten mehrere behandelnde Ärzte im Interview, die Antworten der Vertrauensärzte seien übermässig stereotyp formuliert.

Nach dem heutigen Wissenstand erscheint es daher empfehlenswert, die Berichte sowohl unter formalen als auch inhaltlichen Gesichtspunkten zu überprüfen.

2.2 ZU DEN UNMITTELBAREN EFFEKTEN NACH INKRAFTTRETEN DER KLV-VERORDNUNG

Eine zentrale Frage der Evaluation war die nach den unmittelbaren Effekten des Inkrafttretens der neuen KLV-Bestimmungen. Wir möchten hierzu zunächst einige Kernpunkte darlegen:

Auswirkungen auf den Zugang zur Psychotherapie

Im Vorfeld befürchteten die Revisionsgegner in erster Linie eine Einschränkung des Zugangs zur Psychotherapie infolge der KLV-Revision. Ist diese eingetreten? Es ist sehr schwierig, diese Frage anhand von Zahlen zu beantworten. Allerdings hat ein Grossteil der befragten Psychiater ausgesagt, dass einige ihrer Patienten eine Kostenübernahme ihrer Psychotherapie gemäss KVG aus Angst vor einer Weitergabe von Informationen zu ihrer Person abgelehnt haben. Diese Patienten hätten die Kosten ihrer Psychotherapie selbst getragen oder in selteneren Fällen sogar auf eine Psychotherapie verzichtet. Die KLV-Revision kann demnach dazu führen, dass eine Patientengruppe, die es sich finanziell leisten kann, ihre persönlichen Daten *a priori* stärker vor dem Zugriff ihrer Krankenkasse schützt.

Im Hinblick auf die Frage, ob der Zugang zur Psychotherapie erleichtert worden sei haben wir keinerlei Hinweise auf eine Verbesserung der Zugangsbedingungen vorliegen.

Schliesslich hat sich die ursprüngliche und sehr häufig geäusserte Befürchtung, das Meldeformular würde als Instrument zur Beschränkung des Zugangs zur Psychotherapie genutzt, als unbegründet

erwiesen: Über 99 % der von den behandelnden Ärzten in den Meldeformularen gemachten Empfehlungen werden von den Vertrauensärzten akzeptiert. Dies belegt, dass das Meldeverfahren als Kontrollmassnahme eine nur sehr geringe Wirkung erzielt.

Auswirkungen auf die bewusste Auswahl des Therapieansatzes

Einer der erwünschten Effekte der Revision ist, dass der behandelnde Arzt frühzeitig Überlegungen über eine zweckmässige Entsprechung von Patient, Erkrankung und Therapieansatz anstellt, mit dem Ziel eine Verbesserung der Behandlungsqualität und eine grössere Wirksamkeit der Psychotherapien zu erreichen.

Die Antworten der behandelnden Ärzte auf unsere diesbezüglichen Fragen sind unmissverständlich: Mehr als 82 % halten diesen erwarteten Effekt für illusorisch und unangebracht, da solche Überlegung bereits ab der 1. Sitzung angestellt und über den gesamten psychotherapeutischen Prozess hinweg fortgesetzt würden. Dieser reflexive Prozess sei die grundlegende Voraussetzung für diese Form der ärztlichen Behandlung. Insgesamt bestätigen 90 % der Befragten, dass die Revision sich in keiner Weise verbessernd auf die Qualität der Psychotherapien auswirke und stellen somit eine der zentralen Zielsetzungen der KLV-Revision in Frage.

Verschiebungseffekte und Auswirkungen auf die Therapiemodalitäten

Einer der gegenüber der KLV-Revision geäusserten Einwände war die Befürchtung, dass diese eine Verschiebung von der Psychotherapie im engeren Sinne hin zu den IPPB oder gar Verschiebungen von der ambulanten zur stationären Behandlung nach sich ziehen würde.

Was die Verschiebung weg von der Psychotherapie i.e.S. hin zu einer IPPB anbelangt sind die Meinungen der schriftlich befragten Ärzte sehr geteilt. Was eine Verschiebung hin zur stationären Behandlung anbelangt dagegen finden sie, die Revision habe keine solche Verschiebung nach sich gezogen. Eine knappe Mehrheit der Befragten ist jedoch der Meinung, dass sich die Revision potenziell negativ auf die Entwicklung der Familientherapie auswirke.

Auswirkungen in Richtung einer Ausweitung der Kontrollen

Als einen zentralen negativen Effekt nennen die behandelnden Ärzte die Veränderung des Rollengefüges: Der Arzt habe juristisch gesehen das Recht, allein und ohne Beizug eines Vertrauensarztes über die am besten geeignete Behandlung zu entscheiden. Die frühe Hinzuziehung eines Dritten nach der 6. Sitzung - die zudem als ineffizient und nutzlos betrachtet wird - gehört zweifellos zu den strittigsten Punkten der KLV-Revision.

Ferner haben wir die behandelnden Ärzte gefragt, als wie hoch sie den Mehrwert dieser Revision in Bezug auf die Anforderungen von Artikel 32 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung, WZW) einschätzen. Von 404 Antwortenden sind 85 % der Ansicht, dass die Revision auf dem Gebiet der Psychotherapie keine Verbesserung bei der Erfüllung der WZW-Kriterien bringe: es scheine, als seien die neuen Modalitäten, insbesondere das Meldeformular, weitgehend abgekoppelt von den in diesem Artikel festgeschriebenen Anforderungen festgelegt worden.

Wirtschaftliche Auswirkungen der neuen Verfahren

Die mit der KLV-Revision verbundenen Folgekosten sind nicht zu vernachlässigen: Unseren - vorsichtigen - Schätzungen zufolge werden über 10'000 Arbeitsstunden allein auf die Prüfung der Meldeformulare durch die Krankenkassen aufgewendet. Dies bei einer geschätzten Häufigkeit des Nichteintretens auf den Antrag des behandelnden Arztes von 1 Ablehnung auf 200 Anträge. Das heisst, dass bei einer Grössenordnung von 20 bis 22'000 pro Jahr eingereichten Meldeformularen Vertrauensärzte und Krankenkassen 100 Arbeitsstunden aufwenden müssen, um 1 Kostenübernahme abzulehnen. Dieses Verhältnis basiert zwar auf einer Schätzung, bestätigt aber die

Meinung der interviewten Führungspersonen in den Krankenkassen, die einhellig von einem zu grossen und ungerechtfertigten Verwaltungsaufwand sprechen.

Wenngleich eine Schätzung der Folgekosten sehr schwierig ist, hat uns eine Krankenkasse dennoch von einer Steigerung der Verwaltungsaufwendungen im Umfang von 4 % berichtet, die ausschliesslich durch die KLV-Revision entstanden sei; nicht berücksichtigt würden dabei die durch das KVG übernommenen Kosten für die Erstellung der Meldeformulare und der Berichte durch die behandelnden Ärzte.

Aus unserer Sicht übersteigen die Kosten der der neuen Verfahren somit deutlich die erzielten Einsparungen: vom rein wirtschaftlichen Standpunkt aus hat diese Revision negative Effekte.

Auswirkungen auf das System der Beteiligten und Betroffenen

Die Ausarbeitung und Inkraftsetzung der KLV-Revision haben die Spannungen zwischen den Beteiligten und Betroffenen akzentuiert und zu gegenseitigem Misstrauen, insbesondere zwischen dem BAG und den grossen Patienten- und Ärzteverbänden geführt, was von beiden Seiten als schädlich beurteilt wird. Die Umsetzung des Evaluationsprozesses, als partnerschaftlicher empfunden, als der Revisionsprozess habe demgegenüber dazu beigetragen, dieses Misstrauen in gewissem Masse auszuräumen.

In der Tat betrachten die Psychiater die KLV-Revision als ungerechtfertigten Frontalangriff, der zu einer Ungleichbehandlung der verschiedenen Fachdisziplinen führe.

Die allgemeine Verärgerung hat auch den Grund, dass andere Fachärzte nie in dieser Weise kontrolliert werden wie wir Psychiater und das ist nicht nachvollziehbar. Wir sind ja immer noch am kostengünstigsten und verdienen am wenigsten, obwohl sich die Spanne angenähert hat. (Psychiater)

Solche Bestimmungen sind wertlos und diskriminierend gegenüber den psychisch kranken Menschen. Es ist ein Zeichen der Ignoranz von Behörden, Beamten und Versicherern, welche über die häufige Chronizität psychischer Leiden nichts wissen oder nichts wissen wollen. Es ist auch ein Zeichen schweren Misstrauens gegenüber den psychotherapeutisch tätigen AertzlInnen. (Psychiater im Fragebogen)

Einer der wichtigsten Effekte der Revision auf das Akteursystem wird im folgenden Zitat anschaulich:

Ein positiver Aspekt ist, dass diese neuen Massnahmen langsam für soviel Unmut sorgen, so dass sich die psychotherapeutisch tätigen Ärzte allmählich zu mobilisieren beginnen und ihren Berufsstand vertreten. (Psychiater im Fragebogen)

Bleibt darauf hinzuweisen, dass sich auch die Krankenkassen von der Revision distanzieren. Dabei sprechen sie sich für das Ziel einer besseren Kontrolle der Zweckmässigkeit der psychotherapeutischen Behandlungen aus, befürworten aber nicht das durch die KLV-Revision eingeführte Verfahren, das sie als zu administrativ und wenig nutzbringend beurteilen.

Mit der alten Verordnung hatte man ein handfestes Instrument, um zu lange Therapien zu stoppen. Dieses Instrument, um die Menge der Leistungen im Griff zu behalten, ist mit der neuen KLV weg. Das ist ein Verlust für die Krankenkassen! (Führungsperson einer Krankenkasse)

2.3 FAZIT

Das KLV-Formular sofort wieder abschaffen. Nach 40 Stunden kann man von mir aus einen Bericht machen, aber nach 6 Stunden, das ist ein Witz. Wenn man das aber machen will, dann soll das ein ausgebildeter Psychiater beurteilen, und nicht ein Allgemeinpraktiker, der mit den Krankenkassen verbunden ist. (Kinderpsychiater)

Zentrales Anliegen der KLV-Revision war die Verbesserung der Effizienz und der Qualität der psychotherapeutischen Prozesse, indem der behandelnde Arzt verpflichtet wird, in der 6. Sitzung Diagnose und Therapieverfahren festzulegen, sie dem Patienten, der das entsprechende Formular unterzeichnen muss, mitzuteilen und dann den Entscheid von Vertrauensarzt und Krankenkasse abzuwarten.

Wir haben festgestellt, dass dieses Verfahren den Arzt vor eine Reihe von Problemen stellt. Ein wesentliches Problem ist, dass er den Patienten frühzeitig mit seiner Diagnose konfrontieren muss. In der Folge wird er eine Haltung einnehmen müssen, die zwischen dem Kenntnisstand hinsichtlich psychischer Krankheiten und einer therapeutischen Strategie vermittelt deren Ziel es ist, die Ressourcen seiner Patienten zu erhalten, insbesondere wenn diese „ihre“ Diagnose erfahren.

Die Begründung der Revision selbst - das zeitliche Vorziehen der Kontrolle, ob eine zweckmässige Zuordnung von Diagnose und vorgeschlagener Behandlung vorliegt - erweist sich somit als zu instabil, um darauf einen begründeten Entscheid zu stützen. Hinzu kommt die schwierige Position des Vertrauensarztes, der sich gezwungen sieht, auf der Grundlage eines Formulars mit unzureichendem Informationsgehalt einen Entscheid zu fällen. Die Kostenübernahme von 30 weiteren Sitzungen abzulehnen wird - ausser in einigen seltenen Ausnahmen - nahezu unmöglich: So wird seine Aufgabe auf eine einfache Kontrolle der Gesamtkonformität reduziert, sehr weit weg von den in Artikel 32 KVG festgeschriebenen Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entfernt.

Der von der 60. auf die 40. Sitzung vorgezogene Bericht stellt die behandelnden Ärzte vor deutlich weniger Probleme und wird von diesen als gerechtfertigt beurteilt. Diese Meinung teilt die überwiegende Mehrheit der Vertrauensärzte, wenngleich einige die Ansicht vertreten - und dies erscheint begründet - dass die Form des Berichts überprüft und verbessert werden sollte.

Die grundsätzliche Überlegung lautet, dass ein Verfahren ausgearbeitet werden sollte, das Qualitätskontrollen im Sinne von Artikel 32 KVG gewährleistet, ohne jedoch einen nutzlosen bürokratischen Aufwand zu erzeugen, und das dabei die kontinuierliche Qualitätsverbesserung auf dem Gebiet der psychotherapeutischen Behandlungen vorantreibt.

3 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Das Solidaritätsprinzip erfordert selbstverständlich eine Kontrolle der Verwendung öffentlicher Gelder. Allerdings muss dies mit Hilfe eines zweckmässigen Systems erfolgen, in dem die Kompetenzen des evaluierten Personenkreises sowie die ärztliche Schweigepflicht gewahrt werden.

Der Bericht nach der 10. Sitzung sollte abgeschafft werden. Er ist meiner Ansicht nach überflüssig. Nur der Bericht nach der 40. Sitzung sowie die weiteren Berichte sollten beibehalten werden. Es scheint mir zwingend nötig, dass Art. 3 KLV geändert wird, damit aus ihm eindeutig hervorgeht, dass die Indikation und die Wahl des Therapieverfahrens in die Kompetenz des Psychotherapeuten gehören und dass der Versicherer sich auf die Prüfung beschränkt, ob die Kriterien von Art. 32 KVG eingehalten werden. Ein ablehnender Entscheid muss vom Versicherer präzise begründet werden und Aufschluss darüber geben, warum in dem speziellen Fall des jeweiligen Patienten Indikation und Behandlung nicht unter die KVG-Bestimmungen fallen und welche Rechtsmittel eingelegt werden können. (Psychiater im Fragebogen)

Wir stellen in erster Linie fest, dass der Gegenstand der KLV-Revision selbst präziser definiert werden muss. Dies betrifft insbesondere die Abgrenzung zwischen Psychotherapie im engeren Sinne und Integrierter Psychiatrisch-Psychotherapeutischer Behandlung. Wir sind uns der Schwierigkeit, diese Abgrenzung zu definieren, durchaus bewusst. Dennoch erscheint uns ein Konsens in diesem Bereich dringend notwendig, um eine eigene juristische Regelung der Psychotherapie im engeren Sinne zu legitimieren.

An zweiter Stelle empfehlen wir, die obligatorische Meldung einer Psychotherapie nach der 6. Sitzung abzuschaffen.

Neben der fehlenden wirtschaftlichen Begründung (die Kosten für die Kontrollmassnahme übersteigen bei weitem die potenziellen Einsparungen) erlaubt eine Meldung zu diesem Zeitpunkt keinen begründeten und fundierten Entscheid durch den Vertrauensarzt. Dieses Instrument erfüllt in seiner derzeitigen Form nicht den ihm zugedachten Zweck.

Eine allfällige breitere Anlegung des Meldeformulars, d.h. eine Erhöhung seiner Informationsdichte, ist nicht in Betracht zu ziehen: Dies würde einerseits das Kontrollsystem aufblähen - ohne echten Zusatznutzen - und andererseits könnte es den Zugang zur Psychotherapie stark einschränken, und zwar insbesondere für die Patientengruppe, welche die Kosten der Psychotherapie nicht selbst tragen könnte.

Als dritten Punkt schlagen wir vor, die Berichtsinhalte anzupassen, den Zeitpunkt aber bei der 40. Sitzung zu belassen.

Der jetzige Zeitpunkt der Berichterstattung scheint dagegen gerechtfertigt: Zum Ende eines Behandlungszeitraums, der von den direkt Beteiligten, behandelnden Ärzte sowie Vertrauensärzten, als ausreichend eingeschätzt wird, ermöglicht der Bericht eine Betrachtung von aussen. Zwar lassen es unsere Daten über die therapeutischen Behandlungen nicht zu, den Prozentsatz der vor der 40. Sitzung beendeten Behandlungen exakt zu beziffern, dennoch schätzen wir, in Übereinstimmung mit unseren Gesprächspartnern, dass rund ein Drittel der Psychotherapien diese Limite überschreiten. Die Überprüfung, ob dem Solidaritätsprinzip gemäss KVG Rechnung Genüge getan wird erscheint uns zu diesem Zeitpunkt gerechtfertigt.

Es ist ausserdem daran zu erinnern, dass diese Überprüfung auf Verlangen eines Berichts durch den Vertrauensarzt jederzeit möglich ist. Diese Möglichkeit und die Beibehaltung des obligatorischen Berichts nach der 40. Sitzung scheinen auszureichen, ohne den Verwaltungsaufwand für die Kontrolle der Berechtigung der Kostenübernahme gemäss KVG unnötig und übermässig zu erhöhen.

Als vierten Punkt empfehlen wir die Ausarbeitung eines wissenschaftlichen Instrumentariums zur Untersuchung der psychotherapeutischen Prozesse.

Obwohl die Untersuchungen des Schweiz. Gesundheitsobservatoriums OBSAN⁷ eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Schweiz zeigen, verfügen wir über keine ausgereifte öffentliche Politik auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit. Eine solche müsste sich auf zuverlässige und diachronische Daten stützen können, die heute gar nicht oder nur fragmentarisch vorhanden sind.

Somit könnte mit der Entwicklung eines Monitorings der psychotherapeutischen Prozesse nicht nur Antworten auf wissenschaftliche Fragen gefunden werden, was seinerseits zu Anpassungen der Ausgabenpolitik der öffentlichen Hand im Präventionsbereich einleiten könnte, sondern auch zum Aufbau einer für die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Psychotherapien wichtigen Datenbasis beitragen. Zu diesem Zweck empfehlen wir die Einführung eines Therapie-Abschlussberichts.

Unsere Empfehlungen zum fünften Punkt basieren auf folgender Feststellung: Zwischen den Akteuren im Bereich der Psychotherapie muss eine stabile Vertrauensbasis neu aufgebaut werden. Die KLV-Revision ist zu überstürzt vorangetrieben worden und hat zur Bildung starrer "Fronten" geführt. Dies ist einem gemeinsamen und partnerschaftlichen Diskurs über therapeutische Verfahren abträglich, deren wissenschaftliche Begründung nicht mehr nachgewiesen zu werden braucht⁸, die aber - mehr als andere medizinische Praktiken - unter einem Imageproblem leiden.

Abschliessend hoffen wir, dass eine allfällige Neurevision der KLV-Bestimmungen zur Wiederherstellung einer stabilen Vertrauensbasis beiträgt und gleichzeitig die zweckmässige Nutzung der gemäss KVG erstatteten Leistungen gewährleistet.

Die nachfolgenden Empfehlungen schlagen umfassende Anpassungen des Kontrollsystems im Bereich der Psychotherapie gemäss Artikel 32 KVG vor.

3.1 PRÄZISIERUNG DES GELTUNGSBEREICHS DER KLV-BESTIMMUNGEN

- ⇒ **1. Empfehlung:** Bessere Abgrenzung von Psychotherapie und Integrierter Psychiatrisch-Psychotherapeutischer Behandlung;
- Umgehende Bildung einer Arbeitsgruppe innerhalb der FMPP, um die Differenzierung vorzunehmen und ihre Grenzen zu identifizieren.
 - In enger Koordination von BAG und santésuisse Ausarbeitung von Ad-hoc-Verfahren (Passerellen) Psychotherapie → IPPB und IPPB → Psychotherapie im Rahmen der Modalitäten der Kostenübernahme gemäss KVG.

3.2 VEREINFACHUNG DER VERFAHREN

- ⇒ **2. Empfehlung:** Abschaffung der obligatorischen Meldung vor der 10. Sitzung
- Neurevision der KLV-Bestimmungen durch das BAG, in Absprache und enger Koordination mit santésuisse, der FMPP und ihren Mitgliedsverbänden sowie der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte (in Übereinstimmung mit den aus den verschiedenen Empfehlungen hervorgegangenen Erkenntnissen).

⁷ Siehe dazu insbesondere OBSAN, Arbeitsdokument 2: Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz, Neuenburg, Dezember 2003.

⁸ Siehe dazu insbesondere die Arbeiten von Prof. J.-N. Desplands.

3.3 GEWÄHRLEISTUNG EINER KONTROLLE IM SINNE DES KVG

- ⇒ **3. Empfehlung:** Beibehaltung der Berichtspflicht zum Zeitpunkt der 40. Sitzung für Psychotherapien, die der KLV unterstehen.
- ⇒ **4. Empfehlung:** Überarbeitung der Inhalte des 40-Stunden Berichts
 - Ausarbeitung und Diffusion eines "Musterberichts" durch eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe bestehend aus Psychiatern, Kinderpsychiatern, delegierenden Ärzten, Ärzten mit Zulassung zur Psychotherapie und Vertrauensärzten.

3.4 VERBESSERUNG DES KENNTNISSTANDS

- ⇒ **5. Empfehlung:** Einführung eines Abschlussberichts bei Therapieende zur wissenschaftlichen Nutzung, Verstärkung der Identifikation und Evidenzbasis von „Good Practices“ auf dem Gebiet der Psychotherapie.
 - Einführung eines Therapie-Abschlussberichts im Rahmen der KLV oder auf freiwilliger Basis, dessen Grundgerüst von der FMPP und einer Ad-hoc-Expertengruppe ausgearbeitet wird⁹.
 - Aufbau einer Ad-hoc-Datenbasis, die von der FMPP verwaltet wird.
 - Ausarbeitung eines „Leitfadens der Good Practices“, Zusammenstellung und Verbreitung von Erkenntnissen auf dem Gebiet der psychotherapeutischen Behandlungen und der psychischen Gesundheit.

Kontaktadresse:

Yann Boggio

evaluanda
3 Hugo-de-Senger
1205 Genf

boggio@evaluanda.ch

⁹ In der Schweiz existiert kein Leitfaden der „Good Practices“ nach dem Modell der vom British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness ausgearbeiteten Leitlinien, wie J.N. Desplands ausführte (2008 – a.a.O.). Desplands schlägt ein dreigliedriges System vor mit den Komponenten «evidence-based», hier liegt eine grosse Datenmenge vor; «practice-based», d.h. Einbezug der praktischen Erfahrung der Therapeuten; und «value-based», d.h. basierend auf den Werten der Therapeuten und ihrer Patienten.