

# Psychiatrie: Widersprüchliches aus dem Bundesamt für Gesundheit

Alexander Zimmer

Externe Psychiatrische Dienste (EPD) Basel-Landschaft, Liestal

## Einleitung

Psychische Leiden gehören weltweit zu den häufigsten Erkrankungen (Jahresprävalenz 20–30%) [1]. So sterben etwa weltweit mehr Menschen durch Suizid als durch Gewalttaten oder kriegerische Auseinandersetzungen. Suizide sind die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. Als wichtigste präventive Massnahme zur Verhinderung von Suizidhandlungen empfiehlt die WHO den Schutz der Menschenrechte, Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Mitbestimmung, menschenwürdige Behausungen und eine Vollbeschäftigung bzw. die möglichst umfassende Betreuung von Arbeitslosen. Warum weist eigentlich die Schweiz, die uns solche Lebensbedingungen bietet, eine überdurchschnittliche Suizidrate auf? Warum berichtet jede zweite Person in der Schweiz, schon einmal Suizidgedanken gehabt zu haben? Warum unternimmt jede und jeder Zehnte hierzulande im Verlauf ihres/seines Lebens einen Suizidversuch, und warum gelingt es alle sechs Stunden jemandem, sich zu suizidieren?

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), das diese Zahlen zusammengetragen hat, weiss darauf keine schlüssige Antwort [2]. Es will aber wirksame Massnahmen zur Senkung der Suizidrate unterstützen. Als wichtigsten Risikofaktor nennt es psychische Krankheiten. Rund 90% aller Suizidentinnen und Suizidenten litten an einer diagnostizierbaren psychischen Störung, davon 50% an einer ausgeprägten Depression und etwa 40% an einer Abhängigkeitserkrankung.

Zwei Drittel der psychisch kranken Menschen erhalten aufgrund einer Mangelversorgung in der Schweiz keine Hilfe durch eine Fachperson, und nur gerade 10% der psychisch Kranken werden angemessen behandelt. Besonders in Alters- und Pflegeheimen, wo rund 40% der Bewohnerinnen und Bewohner an einer behandlungsbedürftigen Störung leiden, fehlt eine fachgerechte Betreuung [3].

Die wichtigste Behandlungsmethode für psychische Störungen ist die Psychotherapie. Ihre Wirksamkeit gehört zu den am besten belegten in der ganzen Medizin. Die Kosten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapien liegen bei 5% der gesamten Gesundheitskosten [4], und die jährliche Kostenzunahme im ambulanten Bereich (3,55%) liegt unter derjenigen von somatischen Behandlungen (5,14%).

## Was unternimmt das BAG angesichts dieser Daten konkret?

Nachdem das BAG die Komplementärmedizin aus der Grundversicherung gekippt hatte, verkündete es im Sommer 2005, als nächstes die Psychotherapie unter die Lupe zu nehmen, weil es dort angeblich ein substantielles Sparpotential vermutete. Den Schweizer Gesellschaften für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP)<sup>1</sup>, den anderen betroffenen Fachverbänden sowie den Patientenorganisationen wurden erst Anfang April 2006 in kurzen Hearings die Vorschläge zur Revision der die ärztliche Psychotherapie regelnden Art. 2 und 3 der «Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)» [5] präsentiert, und man gewährte den Fachverbänden gerade einmal 14 Tage Zeit (notabene über die Osterfeiertage), um Stellung zur geplanten Änderung zu nehmen. Anfang Juli 2006 wurde die neue Verordnung zur ärztlichen Psychotherapie durch das EDI verabschiedet und deren Inkraftsetzung auf den 1. Januar 2007 festgelegt.

Diese Vorgehensweise stellt eine Missachtung des Fachbereichs Psychiatrie und Psychotherapie dar und zeugt von einem substantiellen Misstrauen gegenüber den entsprechenden Leistungsanbietern. Sie steht zudem im Gegensatz zum erklärten Ziel des BAG, man wolle der psychischen Gesundheit der Bevölkerung gesundheitspolitische Priorität einräumen.

## Was ist der Inhalt der geänderten Verordnung?

1. In ihr soll definiert werden, welche Behandlungen als Psychotherapien im engeren Sinne bezeichnet werden und als solche begrenzenden Bestimmungen für die Kostenübernahme unterstehen.
2. Wenn eine Psychotherapie voraussichtlich länger als zehn Sitzungen dauert, muss der behandelnde Arzt bereits nach sechs Sitzungen den Vertrauensarzt des Versicherers über

<sup>1</sup> SGPP und SGKJPP bilden zusammen die FMPP (Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum).

die geplante Weiterführung der Therapie mit einer standardisierten Meldung informieren. Gestützt auf die Beurteilung des Vertrauensarztes kann der Versicherer eine Kostengutsprache für vorerst maximal 30 weitere Sitzungen bewilligen.

3. Soll eine Therapie über 40 Stunden hinaus fortgesetzt werden, ist ein Bericht des behandelnden Arztes zusammen mit einem weiteren Kostengutsprachegesuch erforderlich.

### Welche Probleme ergeben sich aus der Revision?

Was auf den ersten Blick vielleicht sinnvoll erscheint, verursacht jedoch erhebliche Probleme: Die ärztliche Psychotherapie war bereits seit 20 Jahren durch Art. 2 und 3 KLV geregelt. Die Neuregelung stellt eine deutliche Verschärfung des Kontrollwesens dar (Einschaltung der Vertrauensärzte bereits nach sechs Sitzungen, dann nach weiteren 30 Sitzungen mittels ausführlichen Berichts usw.) und wird zu einer administrativen Aufblähung führen, was in diesem Bereich eher Neukosten verursachen als Kosteneinsparungen ermöglichen dürfte. Eine Rekursinstanz für eine abgelehnte psychotherapeutische Behandlung ist noch unklar. Die Meldung persönlicher Daten bereits nach sechs Sitzungen

ist vom Datenschutzblickwinkel aus gesehen zumindest fragwürdig.

Letztendlich muss man vermuten, dass sich die Schwelle zur Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung durch diese Massnahmen weiter erhöhen wird und die Änderung der KLV – trotz entgegengesetzter Beteuerung – zu einer Sparübung wird – und zwar zu Ungunsten der psychisch Kranken in unserer Gesellschaft.

Angesichts der Tatsache, dass die Zahl psychischer Störungen steigt, letztere weltweit zu den häufigsten Erkrankungen gehören und das Bundesamt für Gesundheit der psychischen Gesundheit zukünftig höchste gesundheitspolitische Priorität einräumen möchte, kann man das konkrete Tun des BAG nur als widersprüchlich bezeichnen. Oder sollte man einfach nicht verstanden haben, dass Verordnungen wie das KLV das falsche Mittel sind, um Fehl- oder Mangelversorgungen zu beheben?

Zum Schluss aber noch etwas Positives: Die Widersprüchlichkeit der Politik fördert den Schulterschluss unter der Ärzteschaft. Die funktionierende Zusammenarbeit der FMPP mit der FMH und die sich anbahnende gute Verständigung zwischen der FMPP und den Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzten lässt die Hoffnung auf eine wenigstens vernünftige Ausgestaltung der neuen Regelung aufkommen.

### Literatur

- 1 Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). Argumentarium zur Psychotherapie als Leistung der Grundversicherung. Bern: SGPP; 2005 (mit weiteren Literaturangaben). [www.psychiatrie.ch](http://www.psychiatrie.ch).
- 2 Ajdacic-Gross V, Graf M. Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Zollikofen: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan); 2003. S. 31–4.
- 3 Rüesch P, Manzoni P. Monitoring Psychische Gesundheit in der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS). S. 29–30.
- 4 Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2004. S. 45.
- 5 Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (Stand am 25. Juli 2006) (SR 832.112.31). Bern: EDI; 2006.

### Korrespondenz:

Dr. med. Alexander Zimmer  
Externe Psychiatrische Dienste  
(EPD) Basel-Landschaft  
Spitalstrasse 1  
CH-4410 Liestal  
[alexander.zimmer@kpd.ch](mailto:alexander.zimmer@kpd.ch)