



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory

## Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen zur Krankenversicherung?

Mögliche Varianten  
und Kostenfolgen in der ambulanten  
Versorgung der Schweiz

Stefan Spycher, Jürgen Margraf  
und Peter C. Meyer

*Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) und auf [www.nationalegesundheits.ch](http://www.nationalegesundheits.ch).*

*Die Arbeitsdokumente des Obsan sind Fachberichte, welche vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder von eigenen Mitarbeitern erarbeitet wurden. Sie sollen Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen. Der Inhalt der Arbeitsdokumente unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autoren und Autorinnen.*

Stefan Spycher, Jürgen Margraf und Peter C. Meyer  
Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen zur Krankenversicherung?  
Mögliche Varianten und Kostenfolgen in der ambulanten Versorgung der Schweiz

Arbeitsdokument des Obsan 15  
November 2005

Bestellung: [obsan.versand@gewa.ch](mailto:obsan.versand@gewa.ch) oder  
Obsan-Versand, c/o GEWA  
Tannholzstrasse 14, CH-3052 Zollikofen  
CHF 15.-- plus Versandkosten  
ISBN-13 978-3-907872-27-7  
ISBN-10 3-907872-27-4

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel  
[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

Projektleitung Obsan:  
Peter C. Meyer  
Die Publikation wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erarbeitet.

Anschrift der Autoren:

Dr. Stefan Spycher  
Büro für arbeits- und  
sozialpolitische Studien BASS  
Konsumstrasse 20  
CH-3007 Bern

Prof. Dr. Jürgen Margraf  
Fakultät für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie  
und Psychotherapie, Universität Basel  
Missionsstrasse 60/62  
CH-4055 Basel

Prof. Dr. Peter C. Meyer  
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory

## **Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen zur Krankenversicherung?**

**Mögliche Varianten und Kostenfolgen in der ambulanten Versorgung der Schweiz**

Stefan Spycher	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern
Jürgen Margraf	Universität Basel, Fakultät für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
Peter C. Meyer	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel

Arbeitsdokument Nummer 15  
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Neuchâtel, November 2005



## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>I</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>III</b>
<b>Résumé</b>	<b>XI</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2 Kosten und Nutzen von Psychotherapien</b>	<b>7</b>
2.1 Übersicht über die internationale wissenschaftliche Literatur	7
2.2 Untersuchungen in der Schweiz	12
2.2.1 Die Arbeiten von Beeler, Szucs und Lorenz	12
2.2.2 Die Arbeiten von Frei und Greiner	17
2.2.3 Diskussion	21
<b>3 Befragung von Expert/innen zu möglichen Zulassungsszenarien</b>	<b>23</b>
3.1 Auswahl der ExpertInnen, Vorgehen	23
3.2 Grundsätzliche Überlegungen zur Zulassung psychologischer Psychotherapeut/innen zur Grundversicherung	24
3.3 Vor- und Nachteile verschiedener Zugangsmodi zu von der Grundversicherung bezahlten psychologischen Psychotherapeut/innen	28
3.3.1 Variante 1: Delegation	29
3.3.2 Variante 2: Überweisung	31
3.3.3 Variante 3: Freier Zugang mit Auflagen	33
3.3.4 Variante 4: Freier Zugang ohne Auflagen	37
3.3.5 Variantenübergreifende Elemente	38
3.4 Massnahmen zur Verhinderung einer starken Kostenzunahme bzw. zur Stärkung der Kosten-Effektivität	38
3.5 Zur finanziellen Abgeltung und zur Ausstellung von Arbeitsabsenz-Zeugnissen	41
3.6 Von den ExpertInnen bevorzugte Zugangsvariante	42
3.7 Fazit	42
<b>4 Entwicklung von Zulassungsszenarien</b>	<b>45</b>
4.1 Beurteilungskriterien	45
4.2 Herleitung von Szenarien	46
4.3 Beschreibung von vier möglichen Szenarien	50
4.3.1 Vorschlag für die Ausgestaltung eines Zweitmeinungsverfahrens	50
4.3.2 Szenario 1: Freier Zugang mit Zweitmeinungsverfahren (KVG sonst unverändert)	53
4.3.3 Szenario 2: Freier Zugang mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG sonst unverändert)	56
4.3.4 Szenario 3: Überweisung mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG sonst unverändert)	57

4.3.5	Szenario 4: Überweisung mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG verändert)	59
<b>5</b>	<b>Konzept zur Untersuchung der Kosten- und Nutzenwirkungen einer möglichen Zulassung</b>	<b>69</b>
5.1	Kosten-/Nutzenfolgestudien und Kosten-Nutzen-Studien	69
5.1.1	Die unterschiedlichen Ansätze	69
5.1.2	Sozioökonomische Evaluationsverfahren	72
5.1.3	Kosten-/Nutzenfolgeschätzungen	74
5.1.4	Fazit	77
5.2	Ergebnisse aus der Literatur	77
5.3	Erfahrungen aus Deutschland und Österreich	78
5.3.1	Deutschland	78
5.3.2	Österreich	85
5.3.3	Fazit	88
5.4	Konzept einer Kosten-/Nutzenfolgestudie für die Schweiz	88
5.4.1	Rahmenbedingungen	88
5.4.2	Konzept	90
<b>6</b>	<b>Diskussion und Schlussfolgerungen</b>	<b>99</b>
	<b>Anhang: Geltende Regelung für die Dauer der ärztlichen Psychotherapie</b>	<b>103</b>
	<b>Literatur</b>	<b>105</b>

## Zusammenfassung

### Ausgangslage und Auftrag

In der Schweiz gibt es zurzeit keine landesweite Regelung für die Psychologie-Grundausbildung und die darauf aufbauenden Weiterbildungsgänge. Gestützt auf einen Bundesratsbeschluss und zwei Motionen erarbeitete das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) ein Psychologieberufegesetz (PsyG). Der Gesetzesentwurf bezweckt die Qualitätssicherung in der Aus- und Weiterbildung sowie die Verbesserung des Konsumentenschutzes (Titelschutz) der psychologischen Berufe. Psychologische Dienstleistungen im Gesundheitsbereich sollen in Zukunft auf einer Hochschulausbildung basieren. Für die selbstständige Berufsausübung wird ein eidgenössisch anerkannter Weiterbildungstitel vorgeschrieben, der nur über akkreditierte Weiterbildungsgänge erworben werden kann. Für die selbstständige Berufsausübung muss zudem eine kantonale Bewilligung vorliegen. Die Inkraftsetzung dieses Gesetzes würde nicht bedeuten, dass die darin geregelten Berufsgruppen als Leistungserbringer/innen im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) anerkannt würden.

Die Arbeiten zum Vorentwurf des PsyG wurden durch Kostenfragen im Gesundheitswesen und mögliche Auswirkungen auf das System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) begleitet. Bereits heute können psychologische Leistungen von Ärzt/innen und delegiert arbeitenden Psycholog/innen gemäss KVG abgerechnet werden. Im Sinne einer Erhärtung der Datenlage im Bereich Psychotherapie wurde das Schweizerische Gesundheitsobservatorium im Juli 2004 vom BAG beauftragt, zwei ältere Studien zu Kosten und Nutzen der Psychotherapie zu überprüfen. Daneben sollte aufgezeigt werden, wie sich die Kosten der psychologischen Psychotherapie in der OKP aufgrund von vier möglichen Szenarien entwickeln können. Schliesslich sollte eine Methode zur korrekten Erfassung der Kostenseite entwickelt werden.

### Methodisches Vorgehen

Grundlage für die vorgenommenen Arbeiten bildeten zwei Literaturanalysen. Zum einen wurden eine umfassende Analyse der Arbeiten zum Bereich der Wirksamkeit, der Kosten und des Nutzens von Psychotherapien vorgenommen. Die Ergebnisse werden im vorliegenden Bericht nur kurz und zugeschnitten auf die aufgeworfenen Fragestellungen zusammengefasst. Eine ausführliche Version publiziert das Obsan in seiner Buchreihe im Huber-Verlag.<sup>1</sup> Zum anderen wurde die Literatur zu Kosten-/Nutzenabfolgestudien untersucht und mit den konkreten Erfahrungen aus Deutschland und Österreich ergänzt. Diese Erkenntnisse bildeten die Basis, um die zwei in der Schweiz bereits bestehenden Kostenabfolgestudien zu beurteilen sowie um ein eigenes Forschungskonzept zu entwickeln.

Die Szenarien für dieses Forschungskonzept wurden in zwei Schritten erarbeitet: Zuerst wurde mit zehn ausgewählten Expert/innen der psychotherapeutischen Versorgung, die das Obsan und das BAG bestimmten, Gespräche geführt. Als Grundlage für die Gespräche wurde ein Leitfaden erarbeitet, der die entsprechenden Diskussionen in der wissenschaftlichen Literatur sowie in der politischen Debatte der letzten Jahre aufnahm. In einem zweiten Schritt wurden vier Szenarien der Zulassung entwickelt. Wesentliche Grundlage für die Auswahl der Szenarien waren - neben den Argumenten und Ergebnissen der ExpertInnen-Befragung - die drei Ziele des Krankenversicherungsgesetzes (Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank», Kostenentwicklung im Ausmass der allgemeinen Teuerung sowie eine qualitativ gute Versorgung), die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapien sowie zur Kosten-Effektivität des Einsatzes von Psychotherapien.

---

<sup>1</sup> Margraf Jürgen et al. (in Vorbereitung): Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine aktuelle Literaturübersicht. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Hans Huber Verlag, Bern.

## Kosten und Nutzen von Psychotherapien

Psychotherapien haben sich grundsätzlich in der Behandlung von psychischen Erkrankungen als wirksam erwiesen. Rund 80 Prozent der erzielbaren Wirkung kann bei vielen Störungen nach 40 bis 60 Therapiestunden erreicht werden. Diese Aussagen sind allerdings zu differenzieren: Es gibt unterschiedliche Methoden und diese sind in unterschiedlichem Ausmass auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Am einen Ende des Spektrums liegen Verfahren mit hinreichenden Wirksamkeitsnachweisen für alle wichtigen Gruppen von psychischen Störungen (kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren) oder fast alle Gruppen (psychodynamischen Kurztherapien). Auf der anderen Seite gibt es Verfahren, die für keine der wichtigen Gruppen psychischer Störungen Wirksamkeitsnachweise vorlegen können. Hinzu kommt, dass von den unter Forschungsbedingungen gewonnenen Ergebnissen nicht automatisch auf die klinische Routinepraxis geschlossen werden kann. Lediglich wenn die eingesetzten Psychotherapieverfahren und die Patientenpopulationen vergleichbar sind, ist die Generalisierung der Forschungsergebnisse auf die Alltagspraxis statthaft.

Psychotherapien verursachen nicht nur zusätzliche (Behandlungs-) Kosten, sie können im Bereich der somatischen Medizin und der sozialen Folgekosten auch zu Kostenersparnissen führen. Die umfassende Literatur, die fast ausschliesslich aus dem Ausland stammt, weist vor allem für kürzere Therapien ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis nach. Für Langzeittherapien fehlen derartige Untersuchungen weitgehend.

## Die schweizerischen Arbeiten zu Kosten und Nutzen von Psychotherapien

Die Arbeit von Beeler et al. (2003)<sup>2</sup> zielte darauf ab, die Versorgung mit Psychotherapien darzustellen und die dadurch ausgelösten Kosten im Jahr 2000 zu berechnen. Die Autor/innen stellten fest, dass im Jahre 2000 6'739 Leistungserbringer/innen 4.6 Millionen Therapiestunden zu Kosten von 579 Millionen Franken erbracht haben. 396 Millionen Franken wurden von der OKP übernommen. Sie prüften mit verschiedenen Szenarien, wie sich die Kosten in der OKP verändern würden, wenn psychologische Therapeut/innen verstärkt zur Abrechnung über die OKP zugelassen würden. Je nach Szenario schwankt die Kostenzunahme zwischen 26 Prozent und 64 Prozent.

Ziel der Arbeiten von Frei/Greiner (2001a)<sup>3</sup> war es, das Ausmass der volkswirtschaftlichen Einsparungen in der Schweiz abzuschätzen, wenn Psychotherapien adäquat eingesetzt werden. Gegenübergestellt werden die Kosten der Psychotherapie einerseits und die durch den «richtigen» Einsatz der Therapien eingesparten direkten Kosten (Kosten für Diagnose, Therapie etc. im somatischen Bereich) andererseits. Das Studiendesign abstrahiert ganz bewusst von den konkreten, aktuellen Versorgungsstrukturen in der Schweiz. Es soll aufgezeigt werden, welche Einsparungen resultieren, wenn die Therapien gemäss den auf Forschungsergebnissen beruhenden Erfahrungen und Empfehlungen eingesetzt werden. Für eine optimale Versorgung wären 8'764 Psychotherapeut/innen notwendig. Pro Fall würden im Durchschnitt 15.3 Therapiestunden erbracht. Der Einsatz der Therapeut/innen würde zusätzliche Kosten von 960 Millionen Franken verursachen, aber gleichzeitig 2.1 Milliarden Franken einsparen. Eine Nettoeinsparung von 1.1 Milliarden Franken wäre die Folge.

Beide Arbeiten wurden wissenschaftlich seriös erarbeitet. Ihre Ergebnisse sind interessant, wenn auch von unterschiedlicher praktischer Relevanz für die anstehenden Diskussionen. Bei der Arbeit von Beeler et al. sind Vorbehalte im Bereich der Datenqualität und der Aktualität der Ergebnisse anzubringen. Zudem fehlt die Betrachtung der Nutzenseite der Psychotherapien. Die Arbeit von Frei/Greiner ist stark hypothetisch

<sup>2</sup> Beeler Iris, Sebastian Lorenz und Thomas D. Szucs (2003): Provision and remuneration of psychotherapeutic services in Switzerland, Sozial- und Präventivmedizin, 48, 88-96.

<sup>3</sup> Frei Andreas und Roger-Axel Greiner (2001a): Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie, Schlussbericht im Auftrag der FSP, Basel 2001.



und kann daher nicht direkt verwendet werden. Allerdings weist die Studie eindrücklich nach, dass «richtig» eingesetzte Psychotherapien einen grossen Nutzenüberschuss erzielen könnten.

### **Ergebnis der Befragung von Expert/innen zur Entwicklung von Zulassungsszenarien**

Überblickt man die Antworten der Versorgungsexpert/innen zu den verschiedenen Aspekten rund um die Zulassung von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zur Abrechnung über die OKP, so fällt auf, dass es Bereiche mit hohem Konsens, aber auch solche mit weit auseinanderliegenden Ansichten gibt. Ein hohes Mass an Konsens kann hinsichtlich folgender Aspekte festgestellt werden:

- Die Grundhaltung gegenüber der Zulassung von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen ist positiv. Es soll ein Weg gefunden werden, diese Zulassung zu ermöglichen.
- Therapien sollen nach vorgegebenen Dauern auf ihre Wirksamkeit und auf ihre Kosten-Effektivität hin überprüft werden. Das Prüfungsverfahren soll einfach und unbürokratisch sein.
- Es soll keine Einschränkung der Zulassung auf bestimmte Therapiemethoden geben. Auch die fixe Zuordnung von Therapiemethoden zu bestimmten Störungen wird kaum befürwortet, da – nach Ansicht der Expert/innen – die wissenschaftlichen Grundlagen hierfür noch zu wenig differenziert seien.
- Die Delegation der Psychotherapie von Ärzt/innen an angestellte Therapeut/innen sei ein überholtes Modell. Es sollte höchstens noch für Therapeut/innen in Ausbildung möglich sein.
- Der Selbstbehalt der Versicherten solle bei Psychotherapien nicht höher sein als bei somatischen Beschwerden.
- Es würde sehr begrüsst, wenn Psychotherapien im Rahmen von Netzwerken erbracht würden, weil damit garantiert wäre, dass eine enge Zusammenarbeit mit Somatiker/innen stattfinden sowie Qualitätszirkel durchgeführt würden.
- Alle Expert/innen wiesen darauf hin, dass jede Therapierichtung durch Begleitforschungen belegt soll, dass die Wirksamkeit vorhanden ist. Diese Forschungen seien auch zu erneuern, damit sie den aktuellen gesellschaftlichen Verhältnissen angepasst werden könnten.

Neben diesen Bereichen mit grösserem Konsens gibt es aber auch Felder, die umstritten sind:

- Es ist unklar, wer die Diagnose und Indikation stellen soll. Die einen Expert/innen sprechen sich klar für Ärzt/innen aus. Die anderen sind überzeugt, dass gut ausgebildete psychologische Psychotherapeut/innen die Diagnosestellung ebenfalls vornehmen können.
- Es zeichnete sich auch kein Konsens über die Zulassungsvariante der psychologischen Psychotherapien ab. Rund die Hälfte der Expert/innen spricht sich für die Variante «Ärztliche Überweisung an psychologische Psychotherapeut/innen», rund die Hälfte für Variante «Freier Zugang zu psychologischen Psychotherapeut/innen mit oder ohne Auflagen» aus.
- Auch hinsichtlich der Abgeltung ärztlicher und nicht-ärztlicher Psychotherapeut/innen zeigte sich keine einheitliche Einschätzung. Die einen möchten eine identische Abgeltung, die anderen möchten die ärztlichen Psychotherapeut/innen besser bezahlen, weil sie mehr Kompetenzen im medizinischen Bereich mitbringen und mehr Aufgaben zu erfüllen haben.
- Ebenfalls Dissens herrschte bei der Beurteilung der Frage, ob psychologische Psychotherapeut/innen Arbeitsabsenz-Zeugnisse sollten ausstellen können.

Dort, wo die Meinungen auseinander gehen, scheint dies nicht zuletzt daran zu liegen, dass zum Teil ganz bewusst Interessenstandpunkte gewählt wurden. Dies ist verständlich, geht es doch bei den diskutierten Regulierungen um ganz wesentliche Rahmenbedingungen für eine grosse Gruppe von Leistungserbringer/innen. Für die Wahl der Zulassungsvariante können «Standesüberlegungen» jedoch nicht wegleitend sein.

## Entwicklung von Zulassungsszenarien

Ausgangspunkt für die Entwicklung von Szenarien sind die drei Ziele des KVG (gute (Versorgungs-) Qualität, Solidarität, massvolle Kostenentwicklung bzw. Kostendämpfung). Berücksichtigt man die wissenschaftlichen Forschungsergebnisse, dann kommt man für den psychotherapeutischen Bereich zu folgenden Feststellungen

■ **Qualität:** Die vorliegenden Studien weisen eine Unterversorgung mit Psychotherapien nach. Heute werden ca. 146'000 Patient/innen mit Therapien versorgt. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zu 553'000 Personen einen Therapiebedarf hätten und eine Therapie auch antreten möchten. Die Unterversorgung ist u.a. darauf zurück zu führen, dass die von Psycholog/innen angebotenen Psychotherapien zum grösseren Teil von den Patient/innen selbst finanziert werden müssen (nur geringe Finanzierung über die OKP). Gleichzeitig gibt es auch Qualitätsmängel: Nicht alle heute angewandten Therapiemethoden können bei den durch sie behandelten Störungen auf wissenschaftlich belegte Wirkungsstudien verweisen. Darüber hinaus dauern die heute praktizierten Therapien in vielen Fällen deutlich länger, als es für die Krankheitsbehandlung notwendig wäre.

■ **Solidarität:** Der heute erschwerte Zugang zu Psychotherapien führt zu einer Aufweichung der Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» bzw. zu einer Diskriminierung der psychisch kranken Menschen.

■ **Kosten:** Die im Jahr 2004 von der OKP übernommenen Kosten von Psychotherapien belaufen sich auf rund 500 Millionen Franken. Der erleichterte Zugang der Versicherten zu Psychotherapien, die von Psycholog/innen angeboten und über die OKP abgerechnet werden könnten, dürfte zu Mehrkosten (im Bereich der Therapiekosten) sowie zu Kosteneinsparungen (im Bereich der reduzierten Nachfrage nach Leistungen von somatischen Ärzt/innen) führen. Aufgrund der vorliegenden Studien und der zur Zeit in der Schweiz praktizierten Therapiedauern ist anzunehmen, dass die Mehrkosten die Kosteneinsparungen überwiegen dürften, sofern nicht weitere Regulierungen des Krankenversicherungsgesetzes angepasst werden (bspw. die Einführung der Vertragsfreiheit). Die Unsicherheit über die Wirksamkeit von bestimmten Therapiemethoden bei bestimmten Störungen sowie über den kosten-effektiven Einsatz derselben lässt es zudem als angezeigt erscheinen, längerandauernde Psychotherapien regelmässig zu überprüfen.

Um verschiedene Szenarien unterscheiden zu können, wurden unterschiedliche Gewichtungen der drei KVG-Ziele «gute Versorgungsqualität», «Solidarität» und «massvolle Kostenentwicklung» vorgenommen. Bei Szenario 1 wird das Solidaritäts- und das Qualitätsziel mehr als das Kostenziel gewichtet. Die Szenarien 2 und 3 grenzen sich dann von Szenario 1 durch eine stufenweise stärkere Gewichtung des Kostenziels ab. Szenario 4 stellt eine Weiterentwicklung von Szenario 3 dar, indem zur Erreichung der Kostenneutralität im Rahmen der Krankenversicherung die Änderung weiterer Regeln des Krankenversicherungsgesetzes notwendig wären. Insbesondere zwei Elemente spielen bei allen vier Szenarien eine wichtige Rolle:

■ Es soll eine **obere Therapiedauergrenze** festgelegt werden, da gemäss den Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung bei den meisten Störungen nach 40 bis 60 Therapiesitzungen kein bedeutsamer Zuwachs an Therapieerfolg mehr beobachtet werden kann. Die obere Therapiedauergrenze soll dabei nach den wichtigsten Diagnoseklassen differenziert werden können. Für alle übrigen Diagnosen gilt eine generelle obere Therapiedauergrenze. In Szenario 1 legen wir diese bei 60 Stunden fest und orientieren uns damit an der heute für die Psychiater/innen geltenden Regelung. In Szenario 2 und 3 beträgt die generelle obere Therapiedauergrenze 40 Stunden und richtet sich damit an den Ergebnissen der vorhandenen Wirksamkeitsstudien aus. Liegen Komorbiditäten vor, so sollen die Therapiedauergrenzen erhöht werden können. In Szenario 4 werden nur noch Kombinationen von Therapien und Störungen zugelassen, die auf wissenschaftlichen Studien beruhen und ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen.

■ Die Therapiedauergrenzen sollen nicht fix gelten, sondern auf Antrag erhöht werden können. Dazu notwendig ist beim ersten Antrag auf Therapieverlängerung eine zustimmende **Zweitmeinung** ei-

## Zusammenfassung

nes/einer Psychotherapeut/in. Bei der zweiten Verlängerung muss auch der/die Vertrauenspsychotherapeut/in der Versicherung bzw. der/die Vertrauensarzt/ärztin zustimmen.

Bei Szenario 3 wird das Kostenziel gegenüber Szenario 2 dadurch stärker gewichtet, dass vom freien Zugang zu Psychotherapeut/innen, der bei Szenario 1 und 2 gilt, abgewichen wird. Es soll ein ärztliches Überweisungsverfahren – ähnlich wie bei der Physiotherapie – zur Anwendung kommen. Der völlig freie Zugang zu psychologischen Psychotherapeut/innen ohne jegliche limitierende Auflagen trägt den Bedenken im Bereich der Qualität bzw. der Kosten-Effektivität verschiedener Therapiemethoden zu wenig Rechnung. Daher schliessen wir diese Variante aus. **Tabelle 1** zeigt die Ausgestaltung der vier Szenarien im Überblick.

Tabelle 1: Vergleich der Ausgestaltung von vier möglichen Zulassungsszenarien von psychologischen Psychotherapien

	<b>SZENARIO 1: Freier Zugang mit Zweitmeinungsverfahren  (KVG sonst unverändert)</b>	<b>SZENARIO 2: Freier Zugang mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG sonst unverändert)</b>	<b>SZENARIO 3: Überweisung mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG sonst unverändert)</b>	<b>SZENARIO 4: Überweisung mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG mit weitergehenden Änderungen)</b>
Grundidee des Szenarios	Von den drei Zielen des KVG soll das Gewicht stärker bei der Erhöhung der Solidarität sowie bei der Verbesserung der Versorgungsqualität liegen. Das Ziel der Kostendämpfung wird etwas weniger stark gewichtet.	Das Ziel der Kostendämpfung wird gegenüber Szenario 1 stärker gewichtet.	Das Ziel der Kostendämpfung wird gegenüber Szenario 1 sowie gegenüber Szenario 2 stärker gewichtet.	Die Ausgestaltung soll gegenüber Szenario 3 mit weiteren Änderungen von KVG-Regulierungen so erfolgen, dass die Auswirkungen der Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen für die Grundversicherung kostenneutral sind.
Zulassungsweg	Alle selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen nach Psychologieberufegesetz können ihre Leistungen über die Grundversicherung abrechnen.		Dienstleistungen von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen können dann über die Grundversicherung abgerechnet werden, wenn ihnen die Patient/innen von Ärzt/innen für die Durchführung einer Psychotherapie überwiesen werden.	
Diagnosestellung und Indikation	Die Diagnosestellung und Indikation kann sowohl von ärztlichen wie auch von psychologischen Psychotherapeut/innen vorgenommen werden.		Die Diagnosestellung und Indikation werden durch die überweisenden Ärzt/innen vorgenommen.	
Therapiefreiheit	Die Therapeut/innen haben – analog zu den Ärzt/innen – eine sehr weitgehende Therapiefreiheit. Die Qualität der Therapien wird primär über die Vorschriften zur Aus-, Weiter- und Fortbildung im Rahmen des Psychologieberufegesetzes garantiert. Die Bildungsgänge sollten sich auf Therapieverfahren konzentrieren, deren Wirksamkeit belegt ist. Die Konzeption der Bildungsgänge sollte weniger von Therapieschulen ausgehen als vielmehr von den Patient/innen und ihren Störungen.		Durch die Überweisung können die Ärzt/innen Therapeut/innen mit einem bestimmten Therapiemethodenangebot auswählen.	Durch die Überweisung können die Ärzt/innen Therapeut/innen mit einem bestimmten Therapiemethodenangebot auswählen. Es werden nur Therapien für bestimmte Störungen zur Abrechnung über die Grundversicherung zugelassen, die evidenzbasiert sind und ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen
Grenzen für die Therapiedauer	Für die wichtigsten Diagnoseklassen werden obere Therapiedauern festgelegt. Für alle übrigen Diagnosen gilt die obere Therapiedauergrenze von 60 Stunden. Diese Grenze orientiert sich an der heute für die Psychiater/innen geltenden Regelung.	Für die wichtigsten Diagnoseklassen werden obere Therapiedauern festgelegt. Für alle übrigen Diagnosen gilt die obere Therapiedauergrenze von 40 Stunden. Diese Grenze orientiert sich an den Ergebnissen der wissenschaftlichen Literatur.		
Komorbiditäten	Wenn gleichzeitig mehrere psychischen Probleme vorliegen, kann die obere Grenze für die Therapiedauer um einen Drittel erhöht werden kann.			

	<b>SZENARIO 1: Freier Zugang mit Zweitmeinungsverfahren  (KVG sonst unverändert)</b>	<b>SZENARIO 2: Freier Zugang mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG sonst unverändert)</b>	<b>SZENARIO 3: Überweisung mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG sonst unverändert)</b>	<b>SZENARIO 4: Überweisung mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG mit weitergeh- enden Änderungen)</b>
Überschreiten der oberen Grenze für die Therapiedauer	Nach dem Erreichen der oberen Therapiedauer soll die Notwendigkeit und die Kosten-Effektivität der Therapie durch das Einholen einer Zweitmeinung überprüft werden. Die Therapie kann zuhanden der Grundversicherung nur dann fortgesetzt werden, wenn die Zweitmeinung eine Therapieverlängerung ebenfalls befürwortet. Die Therapieverlängerung beträgt 50 Prozent der oberen Grenze für die Therapiedauer. Das Verfahren kann mehrfach wiederholt werden. Ab der zweiten Verlängerung muss die Versicherung bzw. deren Vertrauenspsychotherapeut/in oder Vertrauensarzt/ärztin dem Entscheid zur Verlängerung ebenfalls zustimmen.			
Psychologische Therapeut/innen in Ausbildung	Therapeut/innen in Ausbildung können von Psychiater/innen, Ärzt/innen mit psychotherapeutischen Weiterbildungen und psychologischen Psychotherapeut/innen – alle mit einigen Jahren Berufserfahrung – im Delegationsverhältnis angestellt werden.			
Pflicht zur Konsultation bei einem / einer Hausarzt / Hausärztin	Die psychologischen Psychotherapeut/innen sind verpflichtet, die sie direkt kontaktierenden Patient/innen zwecks paralleler Abklärung somatischer Störungen an den Hausarzt bzw. die Hausärztin zu überweisen.		Beim Überweisungsverfahren erfolgt eine Abklärung somatischer Störungen automatisch.	
Anpassung weiterer Regelungen des KVG (unter anderem zur Eindämmung von Ausweichreaktionen *)	Keine Anpassung weiterer KVG-Regulierungen			<b>(1)</b> Beschränkung der Zulassung im ärztlichen Bereich auf qualifizierte Personen. <b>(2)</b> Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringer/innen. <b>(3)</b> Ausgestaltung der Tarife nach Kombinationen von Störungen und Therapien. <b>(4)</b> Förderung von Managed-Care-Organisationen und -Instrumenten
Mehrkosten für die psychotherapeutische Versorgung in der OKP	398 bis 571 Millionen Franken	Weniger als in Szenario 1	Weniger als in Szenario 1 und Szenario 2	Ziel: Kostenneutralität
Eingesparte Kosten in der OKP durch den verstärkten Einsatz von Psychotherapien	Nicht bewertet	Nicht bewertet	Nicht bewertet	
Eingesparte Kosten in anderen Bereichen (bspw. IV)	Nicht bewertet	Nicht bewertet	Nicht bewertet	

(\*) Als «Ausweichreaktion» wird das Verhalten von somatischen Ärzt/innen bezeichnet, die auf den durch den verstärkten Einsatz von Psychotherapien ausgelösten Rückgang der Nachfrage nach ihren eigenen Dienstleistungen mit einer Mengenausdehnung bei anderen Patient/innen reagieren.

KVG: Krankenversicherungsgesetz

Quelle: Eigene Darstellung

## Forschungskonzept

Im abschliessenden Kapitel der Arbeit wird ein Forschungskonzept erarbeitet, das es erlaubt, die Auswirkungen der verschiedenen Szenarien auf die Kosten in der Grundversicherung vor der Einführung eines der Szenarien abzuschätzen. Im Zentrum steht eine Befragung von Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen sowie die Erstellung einer Patient/innendatenbank von abgeschlossenen Fällen.

## Schlussfolgerungen

Wir kommen unter Abwägung aller Argumente zu folgenden Schlussfolgerungen:

- In der Schweiz werden heute in bestimmten Regionen und bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen weniger ambulante Psychotherapien durchgeführt als notwendig wären. Es muss daher darüber entschieden werden, ob die Versorgungslage verbessert werden soll und welche Kosten dafür in Kauf genommen werden sollen.
- Die Einführung des Psychologieberufegesetzes ist eine notwendige, aber nicht eine hinreichende Bedingung für eine verbesserte Versorgung von psychisch kranken Menschen in der Schweiz.
- Die Entwicklung der Qualität, der Menge und der Kosten der Psychotherapien können durch die Art der Zulassung zur Grundversicherung und durch die Art der Vergütung der Leistungserbringer/innen in einem wesentlichen Ausmass bestimmt werden. Die in der vorliegenden Studie entwickelten Szenarien zeigen das breite Spektrum und die Konsequenzen der verschiedenen Zulassungsvarianten auf. Ohne Systemänderung der OKP (z.B. Einführung der Vertragsfreiheit) führen die Szenarien 1 bis 3 voraussichtlich zu Mehrkosten in der OKP. In Szenario 1 betragen diese Mehrkosten maximal 398 Millionen bis 571 Millionen Franken. In der Realität dürften sie tiefer sein, weil durch den verstärkten Einsatz von Psychotherapien in der somatischen Versorgung Einsparungen erzielt werden können. Die Szenarien 2 und 3 führen zu geringeren Mehrkosten in der OKP als Szenario 1. Kostenneutralität in der OKP könnte erst durch eine Systemänderung erreicht werden (Szenario 4). Nicht berücksichtigt wurden bei diesen Überlegungen Kosteneinsparungen in anderen Bereichen (bspw. in der Arbeitslosen- und Invalidenversicherung).
- Es wird empfohlen, eine empirische Kosten-/Nutzenfolgestudie für die Schweiz durchzuführen. Mit dieser Grundlage kann die politisch gewünschte Art der Zulassung ärztlicher und/oder psychologischer Psychotherapeuten und –therapeutinnen zur OKP bestimmt werden.



## Résumé

### Situation et mandat

La Suisse n'a actuellement aucune réglementation nationale pour la formation de base et les filières postgrade en psychologie. Suite à un arrêté du Conseil fédéral et à deux motions, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'élaborer une loi sur les professions de la psychologie (LPsy). Ce projet de loi vise essentiellement à assurer la qualité de la formation de base et de la formation postgrade, et à protéger les consommateurs (protection des titres des professions de la psychologie). Dorénavant, l'exercice des professions de la psychologie sera lié à une formation universitaire. De plus, l'exercice indépendant de ces professions sera lié d'une part à l'obtention d'un titre postgrade reconnu au niveau fédéral, délivré uniquement par des filières postgrade accréditées, et d'autre part à l'octroi d'une autorisation cantonale. La mise en vigueur de cette loi n'entraîne en aucun cas la reconnaissance du statut de fournisseur de soins au sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Les travaux relatifs à l'avant-projet de la LPsy s'appuient sur diverses analyses à propos des coûts de la santé et des incidences possibles sur le système de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les prestations psychothérapeutiques des médecins et des psychologues délégués sont aujourd'hui déjà facturables au titre de la LAMal. Afin de consolider les données relatives aux psychothérapies, l'OFSP a, en juillet 2004, confié à l'Observatoire suisse de la santé un mandat en trois volets: vérifier deux études assez anciennes sur le rapport coûts/efficacité en psychothérapie, évaluer l'incidence des coûts des psychothérapies psychologiques sur l'AOS en fonction de quatre scénarios possibles, développer une méthode permettant de déterminer objectivement les coûts dans ce domaine.

### Démarche méthodologique

Les travaux ont débuté par deux analyses bibliographiques. La première analyse englobe les études sur l'efficacité, les coûts et l'efficacité des psychothérapies. Le présent rapport en donne un bref aperçu, ne retenant que les aspects pertinents par rapport aux questions de départ. Le compte rendu intégral est publié dans la Collection de l'Obsan, aux Editions Hans Huber<sup>4</sup>. La seconde analyse englobe les études sur le rapport coûts/efficacité des psychothérapies, complétées par un aperçu de la situation en Allemagne et en Autriche. Ces informations forment le référentiel qui nous a permis d'abord de vérifier les deux études suisses sur les coûts de psychothérapie, puis de définir notre modélisation.

Les scénarios de notre modélisation ont été paramétrés en deux étapes. Dans un premier temps, nous avons eu des entretiens avec 10 experts du domaine de la psychothérapie, choisis par l'Obsan et l'OFSP. Le fil rouge de ces entretiens a été préconçu sous la forme d'un guide d'entretien récapitulant les points de vue exprimés tant dans la littérature scientifique que dans les débats politiques de ces dernières années. Dans un deuxième temps, nous avons défini quatre scénarios d'admission dans l'AOS. Ces scénarios ont pour base: les arguments et résultats des entretiens avec les experts, les trois objectifs de la loi sur l'assurance maladie (solidarité entre «personnes en bonne santé» et «personnes en mauvaise santé», évolution des coûts dans les limites du renchérissement général, approvisionnement en soins de bonne qualité), les résultats scientifiques sur l'efficacité des psychothérapies et sur les coûts en psychothérapie.

---

<sup>4</sup> Margraf Jürgen *et al.* (en préparation): Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine aktuelle Literaturübersicht. Collection de l'Obsan. Ed. Hans Huber, Berne.

## Coûts et efficacité des psychothérapies

De manière générale, on peut dire que les psychothérapies sont efficaces pour le traitement des maladies psychiques: près de 80 % des résultats s'obtiennent, pour la plupart des cas, après 40 à 60 heures de traitement. Une nuance s'impose toutefois: les études d'efficacité présentent un spectre de précision assez grand par rapport à la multiplicité des méthodes. A l'un des extrêmes, on trouve les méthodes dont les preuves d'efficacité sont suffisantes pour les principaux groupes de troubles psychiques (thérapies cognitivo-comportementales) ou pour presque tous les groupes (thérapies psychodynamiques brèves). A l'autre extrême figurent les méthodes pour lesquelles il n'y a aucune preuve d'efficacité pour les principaux groupes de troubles psychiques. Par ailleurs, les résultats d'études scientifiques ne sont pas automatiquement transposables à la réalité clinique: la généralisation des résultats scientifiques présuppose que les méthodes de psychothérapie et les groupes de patients soient comparables.

L'incidence des psychothérapies sur les coûts de traitement ne s'exprime pas seulement en termes d'augmentation: elle peut aussi se traduire par des économies de coûts au niveau de la médecine somatique et de l'assistance sociale. La littérature consacrée à cette question, presque exclusivement publiée à l'étranger, montre essentiellement que le rapport coûts/efficacité est positif avant tout dans le cas des thérapies de courte durée. Il n'y a pratiquement pas d'études à ce propos pour les thérapies de longue durée.

## Les études suisses sur le rapport coûts/efficacité des psychothérapies

L'étude de Beeler et al. (2003)<sup>5</sup> avait pour objectif de décrire l'approvisionnement en psychothérapies et de calculer la facture de ces prestations pour l'an 2000. Les auteurs ont retenu les chiffres suivants pour l'année 2000: 6'739 fournisseurs de soins, 4,6 millions d'heures de thérapie, et une facture globale de 579 millions de francs, dont 396 millions pris en charge par l'AOS. Partant de là, ils ont analysé l'impact des psychothérapies sur la facture de l'AOS en admettant que le catalogue des prestations psychothérapeutiques prises en charge soit élargi selon divers scénarios. Selon leurs conclusions, l'augmentation des coûts à la charge de l'AOS irait de 26 à 64 % selon le scénario.

L'étude de Frei/Greiner (2001a)<sup>6</sup> avait pour objectif de mettre en lumière le potentiel d'économie en Suisse en admettant que les psychothérapies soient correctement appliquées. Les auteurs ont comparé les coûts des psychothérapies et l'économie qui résulterait de l'application «correcte» de ces thérapies sur les coûts directs (diagnostic, thérapies, etc. dans le domaine somatique). Leur modèle d'analyse est une abstraction voulue des structures d'approvisionnement prévalant actuellement en Suisse, car l'objectif était de chiffrer le potentiel d'économie réalisable dans le cas où les thérapies seraient appliquées selon les conclusions et les recommandations résultant de leurs recherches. Selon les auteurs, un approvisionnement optimal nécessiterait 8'764 psychothérapeutes et une durée moyenne de 15,3 heures par thérapie. Cette solution entraînerait un surcoût de l'ordre de 960 millions de francs, mais permettrait par ailleurs de diminuer la facture de la santé de 2,1 milliards de francs, soit une économie nette de 1,1 milliard de francs.

Ces deux études ont été menées avec beaucoup de rigueur scientifique. Leurs résultats sont intéressants, même s'ils n'ont pas la même pertinence par rapport aux questions auxquelles nous devons répondre. S'agissant de l'étude Beeler et al., il y a lieu d'émettre des réserves concernant la qualité des données et l'actualité des résultats. En outre, elle ne prend pas en considération l'efficacité des psychothérapies.

<sup>5</sup> Beeler Iris, Sebastian Lorenz et Thomas D. Szucs (2003): Provision and remuneration of psychotherapeutic services in Switzerland, *Sozial- und Präventivmedizin*, 48, 88-96.

<sup>6</sup> Frei Andreas et Roger-Axel Greiner (2001a): Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie, rapport final mandaté par la FSP, Bâle 2001.



Quant à l'étude Frei/Greiner, il s'agit d'une réflexion très hypothétique qui n'est pas directement transposable. Mais on en retiendra la démonstration: l'application «correcte» des psychothérapies permettrait d'aboutir à un solde largement positif au plan de l'effectivité.

### **Résultats des entretiens avec les experts concernant les scénarios d'admission**

Par rapport à l'admission des psychothérapeutes indépendants à pratiquer à la charge de l'AOS, les experts ont des avis très convergents dans certains domaines, et très divergents dans d'autres. Une convergence de points de vue a été constatée sur les points suivants:

- De manière générale, les avis sont positifs par rapport à l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS des psychologues psychothérapeutes indépendants. Leur admission devrait être possible.
- Les thérapies devraient être évaluées par rapport à leur efficacité et à leur rapport coûts/effectivité après une durée prescrite. Cette procédure devrait être simple et non bureaucratique.
- L'admission ne devrait pas être limitée à certaines méthodes thérapeutiques. De même, il serait illusoire de définir certaines méthodes thérapeutiques pour certains troubles psychologiques: les experts estiment en effet que les bases scientifiques nécessaires à cet effet sont encore trop peu différenciées.
- La délégation de la psychothérapie par des médecins à des thérapeutes employés est un modèle suranné. Cette situation devrait subsister tout au plus pour les thérapeutes en formation.
- La franchise imposée aux assurés ne devrait pas être plus élevée que pour les problèmes somatiques.
- Les psychothérapies devraient être menées dans le cadre de réseaux, ce qui garantirait une collaboration étroite avec les somaticiens et la mise en place de procédures itératives d'assurance-qualité.
- Chaque type de thérapie devrait faire l'objet d'une étude de suivi afin de déterminer son efficacité. Ces recherches devraient être renouvelées en fonction de l'évolution des paramètres sociaux.

Aucune convergence de vue n'a été constatée sur les points suivants:

- Qui doit poser le diagnostic et l'indication? Certains experts s'expriment clairement en faveur du médecin. D'autres sont convaincus que les psychologues psychothérapeutes bien formés peuvent également établir un diagnostic.
- Aucun consensus ne se dégage à propos des modalités d'admission des psychothérapies psychologiques. Près de la moitié des experts sont pour la variante «délégation médicale aux psychologues psychothérapeutes», l'autre moitié étant pour la variante «Accès libre aux psychologues psychothérapeutes, avec ou sans conditions».
- La rémunération des psychothérapeutes médecins et des psychothérapeutes non médecins ne fait pas l'unanimité: les uns plaident pour une rémunération égale, les autres pour une rémunération plus élevée dans le cas des psychothérapeutes médecins: ceux-ci ayant davantage de compétences médicales, ils sont appelés à assumer davantage de responsabilités.
- Les avis divergent quant à savoir si les psychologues psychothérapeutes devraient avoir la compétence d'établir des certificats médicaux en cas d'absence au travail.

Les divergences d'opinion semblent s'expliquer en partie par des partis pris en faveur des intérêts d'une profession. C'est compréhensible dans la mesure où les réglementations en discussion s'appliquent à une catégorie nombreuse de fournisseurs de soins. Toutefois, le choix des scénarios ne peut s'orienter au gré des intérêts de corps professionnels.

## Scénarios d'admission

Les scénarios d'admission sont définis selon les trois axes de la LAMal (approvisionnement de qualité, solidarité, évolution modérée des coûts ou frein à l'augmentation des coûts). Les analyses scientifiques du marché des psychothérapies autorisent les constatations suivantes:

■ **Qualité:** les études existantes mettent en évidence un sous-approvisionnement en psychothérapies. Actuellement, environ 146'000 patients suivent une thérapie. Selon les estimations, jusqu'à 553'000 personnes environ auraient besoin d'une thérapie et seraient prêtes à suivre une telle thérapie. Ce sous-approvisionnement est imputable au fait que les psychothérapies proposées par les psychologues doivent être en grande partie financées par les patients (prise en charge très limitée par l'AOS). L'efficacité des thérapies pose également problème: toutes les méthodes thérapeutiques appliquées actuellement ne bénéficient pas d'études d'efficacité confirmant leur bien-fondé pour les troubles traités. De plus, les thérapies actuellement pratiquées durent nettement plus longtemps que nécessaire dans de nombreux cas.

■ **Solidarité:** l'accès aux psychothérapies étant actuellement difficile, la discrimination qui en résulte envers les malades psychiques met un bémol au principe de solidarité entre «bien portants» et «mal portants».

■ **Coûts:** les coûts pris en charge par l'AOS pour les psychothérapies se montent à près de 500 millions de francs pour 2004. L'accès facilité aux psychothérapies psychologiques et la prise en charge élargie par l'AOS générerait un surcoût dans le domaine des coûts thérapeutiques, mais aussi une économie de coûts dans le domaine des soins somatiques. Compte tenu des études existantes et de la durée des thérapies actuellement pratiquées en Suisse, il faut partir de l'hypothèse que le surcoût sera supérieur aux économies potentielles si on n'adapte pas d'autres réglementations de la LAMal (p. ex. l'introduction de la liberté contractuelle). L'efficacité de certaines méthodes thérapeutiques pour certains troubles psychologiques et l'efficacité des coûts liés à ces thérapies étant sujettes à certaines incertitudes, il y a lieu de vérifier régulièrement les psychothérapies de longue durée.

Les scénarios se distinguent en fonction de la pondération des trois objectifs de la LAMal «qualité d'approvisionnement», «solidarité» et «évolution modérée des coûts». Dans le scénario 1, solidarité et qualité sont davantage pondérés que les coûts. Les scénarios 2 et 3 se distinguent du scénario 1 par la pondération graduellement plus forte des coûts. Le scénario 4 s'inscrit dans le prolongement du scénario 3 et vise la neutralité des coûts de l'assurance maladie en modifiant d'autres règles de la LAMal. Deux paramètres relient ces quatre scénarios:

■ Il faut fixer une **durée maximale de traitement:** les études scientifiques montrent que, dans la plupart des cas, aucune amélioration pertinente des résultats thérapeutiques n'est constatable après 40 à 60 séances. La durée de traitement maximale devrait être différenciée selon les principales catégories de diagnostic. Une durée maximale de traitement devrait être fixée de manière générale pour tous les autres diagnostics. Dans le scénario 1, nous fixons cette limite à 60 heures, compte tenu de la réglementation actuellement en vigueur pour les psychiatres. Dans les scénarios 2 et 3, la durée maximale de traitement est fixée à 40 heures, compte tenu des résultats des études d'efficacité actuellement disponibles. En cas de comorbidité, les durées maximales de traitement devraient pouvoir être ajustées. Dans le scénario 4, nous admettons uniquement les combinaisons de thérapies et de troubles qui sont scientifiquement justifiées et dont le rapport coûts/efficacité est positif.

■ La durée maximale de traitement ne doit pas être absolue: on doit pouvoir la prolonger sur demande. La première demande de prolongation est liée à un **deuxième avis** positif d'un psychothérapeute. La deuxième demande de prolongation est liée à l'avis positif du psychothérapeute ou du médecin-conseil de l'assurance-maladie.

Dans le scénario 3, l'objectif des coûts est davantage pondéré que dans le scénario 2 par le fait que la liberté d'accès aux psychothérapeutes, qui s'applique aux scénarios 1 et 2, est ici éliminée au profit d'une procédure de délégation médicale – à l'instar de la physiothérapie. L'accès absolument libre aux psychologues psychothérapeutes sans condition limitative ne tiendrait pas assez compte des doutes relatifs à la qualité et à l'effectivité des coûts de diverses méthodes thérapeutiques. Nous excluons par conséquent cette variante.

Le **tableau 1** présente une vue synoptique des quatre scénarios.

Tableau 1: Comparaison de quatre scénarios possibles pour les psychothérapies psychologiques

	<b>SCENARIO 1: Admission libre, deuxième avis requis  (LAMal pas modifiée)</b>	<b>SCENARIO 2: Admission libre, deuxième avis requis, durée maximale de traitement  (LAMal pas modifiée)</b>	<b>SCENARIO 3: Délégation médicale, deuxième avis requis, durée maximale de traitement  (LAMal pas modifiée)</b>	<b>SCENARIO 4: Délégation médicale, deuxième avis requis, durée maximale de traitement  (LAMal modifiée)</b>
Principe de base	Pondération des paramètres solidarité et qualité de l'approvisionnement. Modération des coûts secondaire.	Pondération accrue du paramètre modération des coûts par rapport au scénario 1.	Pondération accrue du paramètre modération des coûts par rapport aux scénarios 1 et 2.	Par rapport au scénario 3, modifications supplémentaires de la LAMal pour que l'admission des psychothérapies dans l'AOS soit neutre au plan des coûts
Autorisation	Tous les psychologues psychothérapeutes indépendants peuvent facturer leurs prestations au titre de l'assurance de base.		Les prestations des psychologues psychothérapeutes indépendants peuvent être facturées au titre de l'assurance de base si les patients sont envoyés en psychothérapie sur délégation médicale.	
Diagnostic et indication	Diagnostic et indication établis par les psychothérapeutes médecins ou psychologues.		Diagnostic et indication établis par le médecin déléguant.	
Liberté thérapeutique	Les thérapeutes ont, à l'instar des médecins, une liberté thérapeutique très grande. La qualité des thérapies est garantie en premier lieu par les prescriptions régissant la formation, la formation postgrade et la formation continue dans le cadre de la LPsy. Les filières de formation doivent se limiter aux thérapies dont l'efficacité est prouvée. La conception des filières devrait être moins définie par les organes d'enseignement que par les troubles dont souffrent les patients.		Le médecin déléguant peut choisir le thérapeute en fonction des méthodes thérapeutiques qu'il pratique.	Le médecin déléguant peut choisir le thérapeute en fonction des méthodes thérapeutiques qu'il pratique. Les thérapies admises dans l'AOS sont limitées à certains troubles; leur efficacité doit être évidente et leur rapport coûts/efficacité, positif.
Durée maximale de traitement	Des durées maximales de traitement sont fixées pour les principales catégories de diagnostic. Pour tous les autres diagnostics, la durée maximale de traitement est de 60 heures. Cette limite correspond à la réglementation actuelle pour les psychiatres.	Des durées maximales de traitement sont fixées pour les principales catégories de diagnostic. Pour tous les autres diagnostics, la durée maximale de traitement est de 40 heures. Cette limite correspond aux résultats de la littérature scientifique.		
Comorbidité	En présence de plusieurs troubles psychiques, la durée maximale de traitement peut être prolongée d'un tiers.			
Dépassement de la durée maximale de traitement	Une fois la durée maximale de traitement atteinte, la nécessité et le rapport coûts/efficacité de la thérapie doivent être vérifiés en faisant appel à un deuxième avis. La thérapie ne peut être prolongée à la charge de l'assurance de base que si le deuxième avis est positif. La durée de prolongation équivaut à la moitié de la durée maximale ordinaire. La procédure de prolongation peut être réitérée. A partir de la deuxième prolongation, l'accord de l'assurance, de son expert psychothérapeute ou de son expert médecin est requis en sus.			
Psychologues thérapeutes en formation	Les thérapeutes en formation peuvent être engagés en délégation par des psychiatres, des médecins spécialisés en psychothérapie ou des psychologues psychothérapeutes, pour autant qu'ils soient au bénéfice de quelques années d'expérience.			
Obligation de consulter un médecin de famille	Les psychologues psychothérapeutes sont tenus d'envoyer les patients qui s'adressent directement à eux chez le médecin de famille pour l'examen parallèle des troubles somatiques.		La délégation est automatiquement liée à l'examen des troubles somatiques.	

	<b>SCENARIO 1: Admission libre, deuxième avis requis (LAMal pas modifiée)</b>	<b>SCENARIO 2: Admission libre, deuxième avis requis, durée maximale de traitement (LAMal pas modifiée)</b>	<b>SCENARIO 3: Délégation médicale, deuxième avis requis, durée maximale de traitement (LAMal pas modifiée)</b>	<b>SCENARIO 4: Délégation médicale, deuxième avis requis, durée maximale de traitement (LAMal modifiée)</b>
Adaptation d'autres règles LAMAl (notamment pour limiter les réactions de rattrapage*)	Aucune autre adaptation des règles LAMAl			(1) Restriction de l'admission aux médecins qualifiés. (2) Introduction de la liberté contractuelle entre assureur et fournisseur de soins. (3) Fixation des tarifs selon les combinaisons troubles/thérapies. (4) Promotion des organisations et instruments de Managed-Care
Surcoût pour l'AOS	de 398 à 571 millions de francs	Moins que pour le scénario 1	Moins que pour les scénarios 1 et 2	Objectif : neutralité des coûts pour l'AOS
Economies pour l'AOS du fait de la meilleure intégration des psychothérapies	non évalué	non évalué	non évalué	
Economies dans d'autres domaines (p. ex. AC, AI)	non évalué	non évalué	non évalué	non évalué

(\*) «Réactions de rattrapage»: désigne le comportement des médecins somaticiens qui réagissent en augmentant indûment le volume de leurs prestations pour compenser la baisse de la demande en soins induite par le recours accru aux psychothérapies.

LAMAl: loi sur l'assurance-maladie

Source: interne

## Modélisation

L'étape suivante consiste à définir un modèle permettant d'apprécier l'incidence des différents scénarios sur les coûts de l'assurance de base de manière prédictive. Cette modélisation repose sur un sondage auprès des médecins et des psychothérapeutes ainsi que sur une banque de données regroupant les patients dont le traitement est achevé.

## Conclusions

Après examen de tous les arguments, nous parvenons aux conclusions suivantes:

- En Suisse, on observe un déficit de psychothérapies ambulatoires dans certaines régions et dans certains groupes de population. Il y a donc lieu de décider si l'approvisionnement en psychothérapies doit être amélioré et d'envisager, le cas échéant, les coûts à prendre en charge.
- La loi sur les professions de la psychologie est une condition nécessaire, mais pas suffisante pour améliorer l'approvisionnement en soins des malades psychiques en Suisse.
- La qualité, la quantité et les coûts des psychothérapies peuvent être influencés dans une large mesure par les modalités d'admission dans l'assurance de base, ainsi que par les modalités de rémunération des fournisseurs de soins. Les scénarios de la présente étude illustrent l'éventail des possibilités. Dans l'hypothèse où l'AOS n'est pas modifiée (p. ex. en introduisant la liberté contractuelle), les scénarios 1 à 3 généreront un surcoût pour l'AOS. Les estimations pour le scénario 1 tablent sur un surcoût allant de 398 à 571 millions de francs. En réalité, ce surcoût devrait être inférieur aux projections du fait que le recours accru aux psychothérapies entraîne aussi des économies au niveau des soins somatiques. Les scénarios 2 et 3 génèrent aussi des surcoûts, quoique moins importants que pour le scénario 1. La neutralité des coûts pour l'AOS nécessite une modification du système (scénario 4). Ces modélisations ne tiennent pas compte des économies réalisables dans d'autres domaines (p. ex. l'assurance-chômage ou l'assurance-invalidité).

## Résumé

■ Nous recommandons la mise en place d'une étude empirique sur le rapport coûts/efficacité en Suisse. Une telle étude permettrait de déterminer les modalités politiquement souhaitables concernant l'admission des psychothérapeutes médecins ou des psychologues psychothérapeutes dans l'AOS.



## 1 Einleitung

### Ausgangslage

In der Schweiz gibt es zurzeit keine landesweite Regelung für die Psychologie-Grundausbildung und die darauf aufbauenden Weiterbildungsgänge. Gestützt auf einen Bundesratsbeschluss und zwei Motionen erarbeitete das Bundesamt für Gesundheit im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) ein Psychologieberufegesetz (PsyG). Der Gesetzesentwurf bezweckt die Qualitätssicherung in der Aus- und Weiterbildung sowie die Verbesserung des Konsumentenschutzes (Titelschutz) der psychologischen Berufe. Psychologische Dienstleistungen im Gesundheitsbereich sollen in Zukunft auf einer Hochschulausbildung basieren. Für die selbstständige Berufsausübung wird ein eidgenössisch anerkannter Weiterbildungstitel vorgeschrieben, der nur über akkreditierte Weiterbildungsgänge erworben werden kann. Für die selbstständige Berufsausübung muss zudem eine kantonale Bewilligung vorliegen. Die Inkraftsetzung dieses Gesetzes würde nicht bedeuten, dass die darin geregelten Berufsgruppen als Leistungserbringer/innen im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) anerkannt würden.

Die Arbeiten zum Vorentwurf des Psychologieberufegesetzes wurden durch Kostenfragen im Gesundheitswesen und mögliche Auswirkungen auf das System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) begleitet. Bereits heute können psychologische Leistungen von Ärzt/innen und delegiert arbeitenden Psycholog/innen gemäss KVG abgerechnet werden. Im Sinne einer Erhärtung der Datenlage im Bereich Psychotherapie wurde das Schweizerische Gesundheitsobservatorium im Juli 2004 vom BAG beauftragt, zwei ältere Studien zu Kosten und Nutzen der Psychotherapie zu überprüfen. Daneben sollte aufgezeigt werden, wie sich die Kosten der psychologischen Psychotherapie in der OKP aufgrund von vier möglichen Szenarien entwickeln können. Schliesslich sollte eine Methode zur korrekten Erfassung der Kosten- und Nutzenentwicklung entwickelt werden.

### Auftrag

Konkret wurden folgende Arbeiten in Auftrag gegeben:

■ **Beurteilung zweier Studien:** Im Jahr 2001 wurden parallel zwei Studien in Auftrag gegeben, die beide die Kosten bzw. den Nutzen der (psychologischen) Psychotherapie in der Schweiz beziffern sollten. Die Auftragnehmer sollen die Arbeiten methodisch beurteilen, um deren Stellenwert für die anstehenden Diskussionen rund um die Integration der psychologischen Psychotherapien in die Grundversicherung festzustellen.

■ **Szenarien:** Es sollen mögliche Szenarien der Zulassung selbständiger psychologischer Psychotherapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung ausgearbeitet werden (z.B. dualer Zugang der Patient/innen zu Psychiater/innen oder Psychotherapeut/innen, Überprüfung der Behandlung nach einer gewissen Anzahl Sitzungen etc.). Diese Szenarien sollen eine mögliche Mengenausweitung sowie die Zweckmässigkeit des Zugangs bei psychischer Krankheit zur Grundversorgung bezüglich Qualität und Kosten der Leistungsangebote berücksichtigen.

■ **Methodik zur Kostenfolgeabschätzung:** Die Auftragnehmer sollen eine Methode zur korrekten Erfassung der Kostenfolge (Kostenfolgeabschätzung) der Implementierung der psychologischen Psychotherapie in den Leistungskatalog des KVG entwickeln. Dabei werden auch der Nutzen sowie Einsparmöglichkeiten bei anderen Leistungen des KVG untersucht. Dabei wird u.a. Folgendes erwartet:

- a) Die nationale und – übersichtsweise – internationale Literatur zur Thematik ist zu sichten und auszuwerten. Dabei sollten die wichtigen Konzepte und Modelle für das Vorhaben eruiert werden können. Gleichzeitig sind die in der Schweiz vorhandenen empirischen Grundlagen zu sichten und zu diskutieren.
- b) Darstellung der Erfahrungen aus anderen Ländern über den Einbezug der psychologischen Psychothe-

rapie in die (obligatorische) Krankenversicherung und deren Kostenfolgen.

c) Der zeitliche Prozess (Einführung, Übergangsphase, langfristige Folgen etc.) ist zu thematisieren.

■ **Forschungsplan einer Anschlussstudie:** Die Studie enthält einen konkreten Vorschlag über das weitere Vorgehen (Anschlussstudie „Kostenfolgeabschätzung“).

Der vorliegende Bericht dokumentiert die Ergebnisse der vier Mandatsteile. Ergänzend zu den genannten Arbeiten wurde Prof. Margraf zusätzlich beauftragt, eine aktuelle Übersicht über die Literatur zu Kosten und Nutzen der Psychotherapie zu erstellen. Die Resultate dieser Zusatzarbeiten werden in einer separaten Publikation veröffentlicht (Margraf et al. 2005). Im vorliegenden Zusammenhang werden in Abschnitt 2.1 die Ergebnisse kurz zusammengefasst.

### Das methodische Vorgehen

Das methodische Vorgehen musste den verschiedenen Mandatsteilen spezifisch angepasst werden.

Für die Erarbeitung der vier Szenarien wurde wie folgt vorgegangen. In einem ersten Schritt wurden mit zehn ausgewählten Expert/innen der psychotherapeutischen Versorgung, die das Obsan und das BAG bestimmten, Gespräche geführt. Als Grundlage für die Gespräche wurde ein Leitfaden erarbeitet, der die entsprechenden Diskussionen in der wissenschaftlichen Literatur sowie in der politischen Debatte der letzten Jahre aufnahm. In einem zweiten Schritt wurden vier Szenarien der Zulassung entwickelt. Wesentliche Grundlage für die Auswahl der Szenarien waren - neben den Argumenten und Ergebnissen der ExpertInnen-Befragung – die drei Ziele des KVG (Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank», Kostenentwicklung im Ausmass der allgemeinen Teuerung sowie eine qualitativ gute Versorgung), die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapien sowie zur Kosten-Effektivität des Einsatzes von Psychotherapien.

Die beiden schweizerischen Arbeiten wurden vor dem Hintergrund der ökonomischen und psychologischen Literatur zur Wirksamkeit, zu den Kosten und zum Nutzen von Psychotherapien beurteilt.

Methodik zur Kostenfolgeabschätzung/ Forschungsplan einer Anschlussstudie: Um die konzeptionellen Fragen zu klären und die wissenschaftlichen Arbeiten zu Kosten-Nutzenfolgestudien zu sichten, wurde eine Literatursuche in den Datenbanken Econlit, Medline, Psycindex Plus und PsycINFO durchgeführt.<sup>7</sup> Die Arbeiten wurden gesichtet und ausgewertet. Um den Stand der wissenschaftlichen Literatur zu Kosten-Nutzen-Studien zu referieren, wurde auf eine neuere Literaturlaufarbeitung von Margraf et al. (2005) zurückgegriffen. Die Erfahrungen mit Kosten-Nutzenfolge-Studien in Deutschland und Österreich wurden wie folgt zusammengetragen: Zuerst wurden in beiden Ländern Wissenschaftler/innen, Ministerien und Fachverbände per Email angeschrieben, ob ihnen entsprechende Literatur bekannt ist. Anschliessend wurden die wichtigsten Fragen mit ausgewählten Personen telefonisch besprochen.

---

<sup>7</sup> Verwendete Stichworte:

■ Econlit: Psychotherapy (10 Literaturstellen)

■ Medline: Psychotherapy + Health Insurance + Cost + Review-Artikel + seit 1995 (22); Psychotherapy + Cost-benefit + Review-Artikel + seit 1998 (59); Psychotherapy + Health Insurance + Cost-benefit (84)

■ Psycindex Plus: Psychotherapie + Krankenversicherung + seit 2001 (17); Psychotherapie + Krankenversicherung + Kosten (44); Psychotherapie + Kosten-Nutzen (2); Psychotherapie + Kosten-Wirksamkeit (10)

■ PsycINFO: Psychotherapy + Health Insurance + cost (49); Psychotherapy + Health Insurance + seit 2000 (29); Psychotherapy + cost + seit 2002 (32); Psychotherapy + cost-effectiveness + Health insurance (3); Psychotherapy + cost-effectiveness + seit 1995 (83); Psychotherapy + cost-benefit (44); Psychotherapie + cost-benefit (4); Psychotherapy + economics + Health insurance (6); Psychotherapy + economics + seit 1995 (60); Psychotherapie + Kosten (7); Psychotherapy + utilization of medical care (8).



### **Nicht Gegenstand des Berichtes, Annahmen**

Der vorliegende Bericht nimmt sich eines Themas an, das in den vergangenen Jahren bereits intensiv wissenschaftlich, aber auch politisch erörtert worden ist. Daher erscheint es uns wichtig, zu Beginn auch klar zu stellen, welche Aspekte nicht Gegenstand des Berichtes sind bzw. von welchen Annahmen wir ausgehen:

■ Der Bericht versteht sich in keiner Art und Weise als standespolitisches Dokument zugunsten oder zuungunsten der einen oder anderen Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Vielmehr soll die Frage der Zulassungsvarianten von psychologischen Psychotherapeut/innen zur OKP sachlich und gestützt auf wissenschaftliche Grundlagen erörtert werden.

■ Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden keine neuen und eigenständigen empirischen Arbeiten vorgenommen, die aktuelle Daten zur Versorgungssituation psychisch Kranker und der dadurch ausgelösten Kosten zusammenträgt. Alle Angaben beziehen sich daher auf bereits publiziertes Material. Das Ausmass der heutigen Fehlversorgungen bzw. die Möglichkeiten, aus dem heute bereits eingesetzten Geld für Psychotherapien mehr herauszuholen (bspw. bei Mehrfachbehandlungen) wurden daher ebenfalls nicht untersucht.

■ Zur Zeit werden verschiedene Reformschritte des KVG diskutiert, die die Art und Weise der Versorgung beeinflussen werden. Dazu gehört insbesondere die mögliche Einführung der Vertragsfreiheit sowie die Förderung von Managed-Care-Modellen. Für den überwiegenden Teil dieser Arbeit enthalten wir uns jeglicher Stellungnahmen zu diesen denkbaren Veränderungen, gehen somit von einer Fortsetzung des Status Quo aus. Einzig für das vierte von vier Szenarien der Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen zur OKP berücksichtigen wir mögliche weitere Änderungen des KVG, um die Auflage der Kostenneutralität der Zulassung erreichen zu können.

■ Wir untersuchen nur die Frage der Zulassung von psychologischen Psychotherapeut/innen zur ambulanten Versorgung in der OKP. Die stationäre Versorgung von Psychischkranken wird nicht betrachtet.

■ Die geltende und zukünftige Aus- und Weiterbildungssituation von psychologischen Psychotherapeut/innen, von Grundversorger/innen und von Psychiater/innen wurde nicht detailliert untersucht und verglichen.

■ Bei der Diagnose- und Indikationsstellung durch Psychiater/innen oder psychologische Psychotherapeut/innen gehen die Meinungen der befragten Expert/innen auseinander. Wir sind uns bewusst, dass bei bestimmten Krankheiten eher die eine als die andere Berufsgruppe geeignet ist. Diesen Unterscheidungen sind wir nicht weiter nachgegangen.

■ Wir sind uns bewusst, dass die psychisch kranken Menschen eine sehr heterogene Gruppe mit sehr unterschiedlichen Bedürfnissen darstellen. (Kurze) Ambulante Psychotherapien betrachten wir keineswegs als einzige und immer richtige Massnahme. Insbesondere bei chronisch Schwerkranken sind ergänzende und auch längerdauernde Massnahmen und andere Angebote notwendig.

Weiter gehen wir keineswegs davon aus, dass psychisch kranke Menschen nur entweder mit Psychotherapien oder dann mit Medikamenten oder somatischen Massnahmen therapiert werden sollen. In der Praxis gibt es oft Situationen, in denen Kombinationsbehandlungen angezeigt sind.

■ Bei der Kosten- und Nutzenfrage der Psychotherapien beschränken wir uns auf die in der OKP entstehenden Kosten und Nutzen. Indirekte Nutzen, bspw. reduzierte Arbeitsabwesenheiten oder weniger IV-Verrentungen, wurden nicht betrachtet.

### **Zur Epidemiologie psychischer Krankheiten**

Störungen der psychischen Gesundheit sind eine vernachlässigte Epidemie, deren Bedeutung für das Wohlergehen des Einzelnen wie für das Funktionieren von Staaten nach wie vor unterschätzt wird (WHO)

2001, Jané-Llopis/Anderson 2005). Die Ergebnisse der neueren epidemiologischen Forschung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

■ Psychische Störungen sind in der Allgemeinbevölkerung sehr häufig. Zwischen einem Drittel (32%, Robins/Regier 1991) und der Hälfte (48.7%, Kessler et al. 1994, 2003) aller Erwachsenen wird im Laufe des Lebens mindestens eine psychische Störung von Krankheitswert haben. Weltweit sind Affektive, Angst- und Substanzstörungen als die häufigsten Formen psychischer Krankheiten identifiziert worden (Andrade et al. 2000, WHO World Mental Health Survey Consortium 2004). Jüngste Analysen des Obsan bestätigen die international beobachteten hohen Prävalenzen auch für die Schweiz (Ajdacic-Gross/Graf 2003, Rüesch/Manzoni 2003).

■ Psychische Störungen beginnen früher und verlaufen chronischer als lange angenommen (Steinhausen et al. 1998, Verhulst et al. 1997). Grundsätzlich sind sie im Kindes- und Jugendalter ähnlich häufig und behandlungsbedürftig wie im Erwachsenenalter. Tatsächlich konnten die ersten drei Lebensjahrzehnte als besondere Risikoperiode für die Entstehung chronischer psychischer Leiden identifiziert werden (Andrade et al. 2000; Lieb et al. 2002; Wittchen et al. 1999, 2000a). Transnationale Vergleiche haben sehr frühe Erstauftretensalter für Angststörungen bestätigt (Andrade et al. 2000, Michael/Margraf 2004, Wittchen et al. 2000a). Selbst nicht-phobische Angststörungen konnten bereits bei 8-jährigen nachgewiesen werden (Federer et al. 2000a, 2000b, 2000c). Studien in der Schweiz haben diese Befunde bestätigt und zusätzlich Aufmerksamkeit auf Risikoverhalten und Lebensstilvariablen gelenkt (vgl. Steinhausen et al. 1998).

■ Psychische Störungen sind schwer beeinträchtigende Krankheitsbilder. Studien in der Primärversorgung und in der Allgemeinbevölkerung haben bemerkenswerte Effekte auf Arbeitsproduktivität und Aufgabenerfüllung sowie stark herabgesetzte Lebensqualität und hohe direkte und indirekte Krankheitskosten belegt (vgl. Magee et al. 1996, Greenberg et al. 1999, Rosenbaum/Hylan 1999, Wittchen et al. 2000b). Nach WHO-Angaben werden diese Effekte bereits in der nahen Zukunft drastisch zunehmen (Murray/Lopez 1996, WHO 2001). Darüber hinaus hat die WHO gezeigt, dass fehlende oder falsche Allokation von Ressourcen zu dramatischen Unterversorgungen führen (WHO World Mental Health Consortium 2004, vgl. auch den Bericht der US-amerikanischen President's New Freedom Commission on Mental Health 2003).

■ Ein hoher Prozentsatz der Betroffenen leidet an mehr als einer psychischen Krankheit zugleich («Komborbidität»). Die Komborbiditätsraten liegen typischerweise im Bereich von 50 bis 60 Prozent. Sie sind besonders hoch für Angststörungen und Depressionen (Angst 1993, Jacobi et al. 2004, Kessler et al. 1994, Merikangas et al. 1998, Michael/Margraf 2004, Robins/Regier 1991, WHO World Mental Health Survey Consortium 2004).

Die Auswirkungen psychischer Störungen auf Gesundheit und Produktivität sind lange unterschätzt worden. Erst mit den aktuellen Berichten der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2001, WHO World Mental Health Survey Consortium 2004), der EU (Jané-Llopis/Anderson 2005) sowie einer Reihe von einzelnen Staaten (z.B. USA: President's New Freedom Commission on Mental Health 2003, Grossbritannien: Mental Health Foundation 2000, Deutschland: Jacobi et al. 2004) wurde deutlich, dass psychische Störungen in entwickelten Marktwirtschaften für rund 15 Prozent (in Europa: 20%) der gesamten krankheitsinduzierten Belastungen («burden of disease») verantwortlich sind (Murray/Lopez 1996). Dieser Wert ist höher als etwa derjenige aufgrund aller Krebserkrankungen. Er wird nur noch von demjenigen für kardiovaskuläre Erkrankungen übertroffen. Dabei wird für die USA geschätzt, dass die indirekten Kosten der Depression mindestens dreimal höher sind als die direkten Krankheitskosten (Zhang et al. 1999). Zudem weist die WHO (2001) darauf hin, dass bei psychischen Störungen in erheblichem Umfang schwer fassbare Belastungen von Bedeutung sind. Dabei unterscheidet sie zwischen einem «undefined burden» und einem «hidden burden». Ersterer entsteht durch die oft chronischen Auswirkungen auf das Funktionieren des

## 1 Einleitung

betroffenen Individuums in der Gemeinschaft. Letzterer geht auf die Stigmatisierung psychischer Beschwerden zurück (vgl. Gäbel et al. 2004).

Psychische Störungen gehören also bereits jetzt zur Spitzengruppe der kostenintensivsten und am meisten beeinträchtigenden Krankheiten. Darüber hinaus erwartet die Weltgesundheitsorganisation, dass die Bedeutung psychischer Störungen in naher Zukunft noch stark steigen wird (WHO 2001). Besonders bei den emotionalen Störungen wie der Depression und den Angststörungen sind in den letzten Jahrzehnten starke Anstiege der Prävalenzraten beobachtet worden, die zum Teil durch Veränderungen sozialer Faktoren erklärt werden können. Nach den Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation wird allein die Depression bis zum Jahr 2020 auf den zweiten Platz aller Ursachen behinderungsbedingter Lebensjahre (DALYs) steigen, nur noch übertroffen von Herz-Kreislaufkrankungen. Betrachtet man ausschliesslich entwickelte Staaten, so sind psychische Störungen sogar noch wichtiger (WHO, 2001).

Auch für die Schweiz mit ihren weltweit zweithöchsten Gesundheitskosten in Prozent des Bruttoinlandsproduktes stellen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit eine wachsende Herausforderung dar (vgl. Sturny et al. 2004). Anhaltende Kostensteigerungen beanspruchen einen wachsenden Anteil des Bruttoinlandsproduktes. Dabei sind jedoch sowohl das absolute Niveau wie auch der Zuwachs der Kosten durch Psychotherapeuten bemerkenswert gering. Der grösste Kostenfaktor ist nach wie vor die stationäre Versorgung (vgl. Sturny 2004, Sturny et al. 2004). In den letzten 10 Jahren stiegen die IV-Renten aufgrund psychischer Störungen erheblich stärker an als aufgrund körperlicher Schäden. Nach Schätzungen des Seco machen die Kosten von stress-bedingten Störungen 2.3 Prozent des BIP aus. Die enormen Folgeprobleme weisen daher ebenso wie das massive Leiden der Betroffenen mit Nachdruck auf die Notwendigkeit einer adäquaten Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit hin.

### **Aufbau des Berichtes**

In **Kapitel 2** werden als Grundlage für die nachfolgenden Arbeiten die Ergebnisse zur Wirksamkeit, zu den Kosten und zum Nutzen von Psychotherapien dargestellt. Für den internationalen Überblick greifen wir auf die Arbeit von Margraf et al. (2005) zurück. Im schweizerischen Kontext werden die Studien von Beeler et al. und Frei/Greiner vorgestellt und, wie von den Auftraggebern verlangt, methodisch diskutiert. Als Grundlage für die Entwicklung der Szenarien wurden mit zehn Expert/innen Gespräche geführt. Die Ergebnisse werden in **Kapitel 3** dargestellt. In **Kapitel 4** entwickeln wir, gestützt auf die ExpertInnenbefragung, das Gesetz und die wissenschaftlich Literatur vier verschiedene Szenarien, wie die selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung zugelassen werden könnten. **Kapitel 5** nimmt sich der Frage an, wie die Kosten- und Nutzenfolgen einer wie auch immer gearteten Integration der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen in die Grundversicherung abgeschätzt werden können. Es geht im Kern also darum, ein prospektives Konzept zu den Kostenwirkungen in der OKP zu entwickeln. **Kapitel 6** schliesst den Bericht mit einer kurzen Diskussion der Ergebnisse ab.

### **Dank**

Die vorliegende Arbeit wäre ohne das unbezahlte Engagement zahlreicher Fachpersonen nicht zustande gekommen. Wir danken den Versorgungsexperten/innen, die uns für ein Interview zur Verfügung gestanden sind: Dr. Christian Bernath, Dr. Stefan Dietrich, Dr. Hans Kurt, Dr. Katharina Althaus, Peter Schulthess, Roland Stähli, Stefan Kaufmann, Dr. Ulrich Gabathuler, Jürg Gassmann und Dr. Pedro Koch.

Ausserdem danken wir den Expert/innen, die uns im Rahmen des Reviewverfahrens ihre Stellungnahmen und ihre Änderungsvorschläge zukommen liessen. Wir haben die Inputs soweit möglich in der Überarbeitung der Berichte berücksichtigt. Folgende Expert/innen haben uns ein Review der ersten Manuskriptfas-

sungen geschickt: Prof. Klaus Grawe, Prof. Sven-Olaf Hoffmann, Prof. François Ferrero, Prof. Wulf Rössler, Prof. Silvia Schneider und Prof. Jürg Sommer.

Ebenfalls herzlich bedanken möchten wir uns für die zahlreichen Diskussionen und Hinweise bei den Mitgliedern der Begleitgruppe der Auftraggeber: Heinz Roth, Regula Ricka, Dr. Beat Sottas, Dr. Pedro Koch und Paul Camenzind.

## 2 Kosten und Nutzen von Psychotherapien

In Kapitel 2 werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur zur Wirksamkeit, zu den Kosten und zum Nutzen von Psychotherapien dargestellt. Auf diese Grundlage werden wir uns bei der Entwicklung von Zulassungsszenarien selbständiger psychologischer Psychotherapeut/innen abstützen. In Abschnitt 2.1 wird ein Überblick über die internationale, wissenschaftliche Literatur gegeben. Der Text fasst die Arbeiten aus dem Zusatzmandat von Jürgen Margraf zusammen (vgl. Margraf et al. 2005). In Abschnitt 2.2 stellen wir die zwei für die Schweiz vorliegenden Untersuchungen dar.

### 2.1 Übersicht über die internationale wissenschaftliche Literatur

Wenngleich Gesundheit den meisten Menschen als höchstes Gut gilt, so hat doch die anhaltende Diskussion zur «Kostenexplosion im Gesundheitswesen» das öffentliche Interesse verstärkt auf die Frage nach dem Verhältnis von Kosten und Nutzen ausgerichtet. Dies gilt auch für den Bereich der Psychotherapie, wo jedoch zum Teil in recht emotionaler Weise extreme Behauptungen aufgestellt werden (vgl. Neumer/Margraf 1996). Auf der einen Seite findet sich die Befürchtung, eine stärkere Verwendung von Psychotherapie würde zu einer massiven Kostensteigerung führen. Dabei wird häufig die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren in Frage gestellt. Die Kombination von hohen direkten Kosten und niedriger Effektivität (und damit geringem Nutzen) würde in diesem Fall zu einer wahren Kostenlawine führen. Typisch für das andere Extrem ist die Proklamation von Psychotherapie als Allheilmittel nicht nur für eine Vielzahl von Krankheiten, sondern auch für die Kostenmalaise des Gesundheitswesens, da nur durch eine adäquate kausale Behandlung kostenintensive Fehlbehandlungen vermieden werden könnten. Angesichts solcher Diskrepanzen ist es unabdingbar, die Datengrundlage zu Kosten und Nutzen der Psychotherapie sorgfältig zu betrachten.

#### Wirksamkeit von Psychotherapien

Nach mehreren Jahrzehnten intensiver Forschung ist die Literatur zur Wirksamkeit von Psychotherapien sehr umfangreich. Die bisher umfassendste Auswertung der vorliegenden Psychotherapiestudien stammt von der Berner Arbeitsgruppe um Grawe et al. (1994). Sie ist damit für die Schweiz von besonderer Bedeutung. Von unmittelbarer Relevanz sind darüber hinaus die Ergebnisse der zuständigen «Task Forces» der American Psychological Association (APA) zu den sogenannten «Empirically supported treatments» (Chambless/Ollendick 2001), die praxisorientierten Literaturlauswertung von Roth/Fonagy (1996) und die aktuelle 5. Auflage des «Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change» (Lambert 2004), die Leitlinien zur Therapie von Kindern und Jugendlichen (Schneider/Döpfner 2004), die Literaturlauswertung im Auftrag des britischen Gesundheitsministeriums (UK Department of Health 2001) sowie die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie der deutschen Bundesärzte- und Bundespsychotherapeutenkammern (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2000a, 2000b, 2001, 2002, 2004, 2005, vgl. [www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de)). Für die nachfolgenden Ausführungen können die wesentlichen Befunde der wissenschaftlichen Literatur wie folgt zusammengefasst werden (vgl. für die ausführliche Darstellung der Literatur Margraf et al. 2005):

■ Psychotherapeutische Heilmethoden sind im allgemeinen bei den in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, F-Diagnosen; WHO 1991) unterschiedenen Störungen wirksam (Grawe et al. 1994, Roth/Fonagy 1996, Chambless/Ollendick 2001, UK Department of Health 2001, Lambert 2004, Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2000a, 2000b, 2001, 2002, 2004, 2005).

■ Es gibt unterschiedliche Methoden der Psychotherapie. Diese wurden in sehr unterschiedlichem Ausmass auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Im Gegensatz zur vielerorts aufgestellten Behauptung, alle Verfahren seien gleich, belegen die Ergebnisse deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Psy-

chotherapieformen. Während auf der einen Seite für eine Vielzahl von Verfahren überhaupt keine Wirksamkeitsnachweise vorliegen, gibt es andere Verfahren, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist (Chambless/Ollendick 2001, Lambert 2004).

■ Bei drei therapeutischen Ansätzen ist die Wirksamkeit aufgrund einer Vielzahl von Untersuchungen nachgewiesen: die (kognitive) Verhaltenstherapie, die Gesprächspsychotherapie und die psychoanalytischen Therapien kurzer oder mittlerer Dauer (unter 30 bzw. unter 100 Sitzungen) (Grawe et al. 1994, Roth/Fonagy 1996, Chambless/Ollendick 2001, UK Department of Health 2001, Lambert 2004, Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2000a, 2000b, 2001, 2002, 2004, 2005). Die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer und kognitiver Verfahren ist dabei für das ganze Spektrum psychischer Störungen am häufigsten untersucht und am besten belegt (Grawe et al. 1994, Chambless/Ollendick 2001). Neben diesen umfassenden Therapieansätzen ist als ein körperorientiertes Einzelverfahren, dessen Wirksamkeit für einzelne Störungsbereiche gut belegt ist, schliesslich die «Progressive Muskelrelaxation» (nach Jacobson) zu ergänzen (Grawe et al. 1994, Chambless/Ollendick 2001). In jüngster Zeit sind darüber hinaus eine hinreichende Zahl von Wirksamkeitsnachweisen für die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) bei affektiven und Essstörungen erschienen (Chambless/Ollendick 2001, UK Department of Health 2001).

■ Problematisch ist, dass viele ältere Studien die untersuchten Patientenpopulationen nicht hinreichend genau beschrieben haben (Chambless/Ollendick 2001, Margraf et al. 2005). Zudem wurden manche Verfahren nur für einzelne Störungen und nicht für die Mehrheit aller wichtigen Störungen überprüft (Chambless/Ollendick 2001, UK Department of Health 2001, Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2000a, 2000b, 2001, 2002, 2004, 2005). Daher ist zur Zeit noch nicht abschliessend geklärt, welche Methode für die Behandlung welcher Störung primär im Vordergrund steht. Fehlende Studien sind auch dafür verantwortlich, dass für viele Therapien nicht abschliessend geklärt ist, ob sie für bestimmte Störungen unwirksam oder gar schädlich sind (Margraf/Schneider 2002).

■ Ein anderer Ansatz als die Analyse ganzer «Therapieschulen» besteht darin, für möglichst viele Indikationen jeweils spezifisch zu erfassen, ob bzw. welche therapeutischen Verfahren als empirisch bestätigt gelten können. Dies ist der Ansatz der APA Task Forces und anderer Arbeitsgruppen in den USA und Grossbritannien (Roth/Fonagy 1996, Chambless/Ollendick 2001, vgl. auch die Arbeit des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie in Deutschland, [www.wb-psychotherapie.de](http://www.wb-psychotherapie.de), sowie Wissenschaftlicher Beirat 2000a, 2000b, 2001, 2002, 2004, 2005). Dabei wird jeweils ein Mindestkriterium definiert, das als hinreichender Wirksamkeitsnachweis für eine gegebene Indikation akzeptiert wird. Dieser Ansatz ist besonders nahe an der praktischen Indikationsstellung im Gesundheitswesen. Darüber hinaus berücksichtigen die APA-Kriterien neben den üblichen kontrollierten Studien auch Einzelfallstudien, sofern diese methodischen Mindestansprüchen genügen. Damit ist dieser Ansatz prinzipiell auch geeignet, um Langzeittherapien oder andere Verfahren zu beurteilen, deren Vertreter/innen die Angemessenheit von kontrollierten Gruppenstudien in Frage stellen. Trotz der prinzipiell anderen Herangehensweise zeigen die bisher vorliegenden Auswertungen jedoch ein erstaunliches Ausmass an Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Grawe et al. (1994). Es sind im Wesentlichen die gleichen Verfahren, die als «empirically supported» gelten können. Es liegt demnach nahe, diesen Verfahren einen besonderen Stellenwert für die Ausbildung von Psychotherapeuten zuzuweisen.

■ Der Therapieerfolg hängt nicht nur von der Wahl der Therapiemethode ab. Vielmehr spielen auch methodenunabhängige Faktoren eine wichtige Rolle (Haltung der Therapeut/innen, Haltung der Patient/innen, Dauer der Therapie, therapeutische Beziehung etc., vgl. Lambert 2004). Je spezifischer allerdings die untersuchte Störung und je spezifischer die angewandte Therapie ist, desto weniger spielen methodenunabhängige Faktoren eine Rolle.

■ Es gibt sehr viel mehr Untersuchungen zu kürzeren Therapien als zu Langzeittherapien (vgl. Grawe et al. 1994, Chambless/Ollendick 2001, Lambert 2004). Angesichts methodischer Probleme, für die noch keine

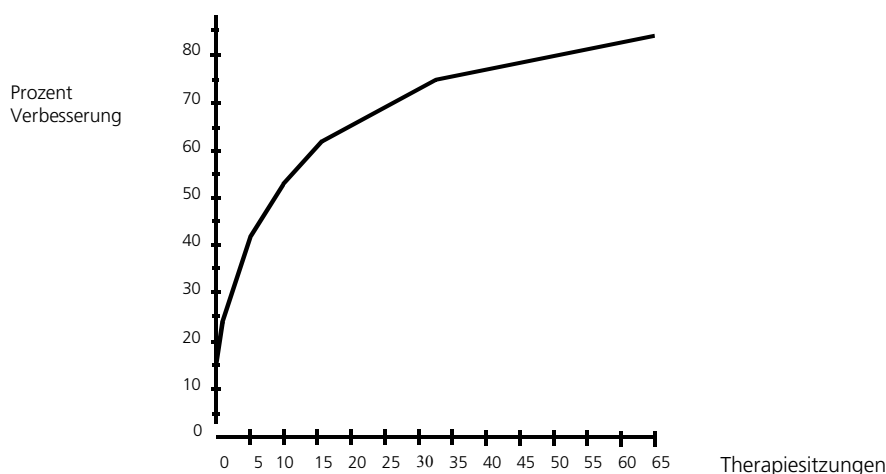
allgemein akzeptierten Lösungen existieren und des grossen Aufwandes, den die Untersuchung von Langzeittherapien unweigerlich mit sich bringt, ist es wenig wahrscheinlich, dass ein wissenschaftlich allgemein akzeptierter Nachweis der Wirksamkeit von Langzeittherapien in naher Zukunft erfolgen wird. Da die Therapiedauer ein Thema von grosser Bedeutung für Versorgung und Kostenanalysen ist, haben wir diesem Punkt einen eigenen Abschnitt gewidmet (vgl. unten).

■ Es gibt es Hinweise auf eine verzerrte Publikationspraxis (vgl. Hunsley 2003). Wie bei medikamentösen Therapien scheinen positive Ergebnisse mit grösserer Wahrscheinlichkeit publiziert zu werden als negative. Zudem gibt es inzwischen empirische Belege für negative Wirkungen auch bei Psychotherapie (Weiss et al. 1999, 2000, Fischer-Klepsch et al. 2000, Margraf/Schneider 2002). Quantitative Analysen zeigen jedoch, auch nach Abzug derartiger Verzerrungseffekte ein signifikanter positiver Therapieeffekt erhalten bleibt.

### Therapiedauer und Effektivität von Psychotherapien

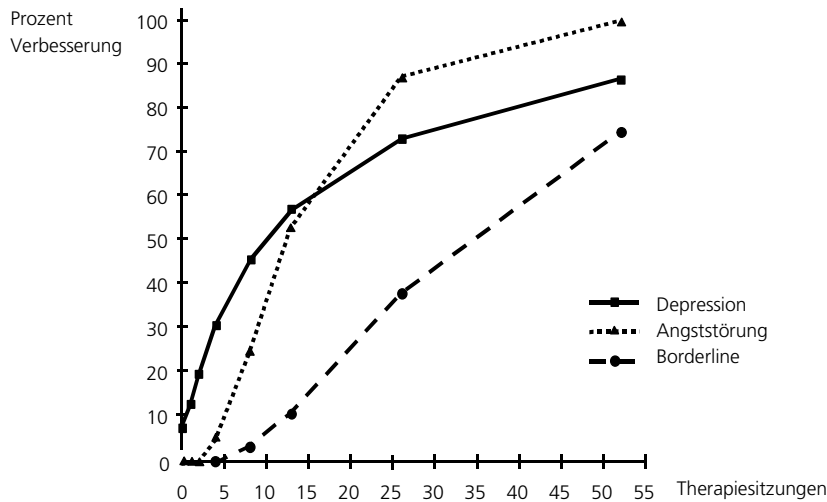
In ihren bahnbrechenden Analysen des «Dosis-Wirkungs-Effektes» bei Psychotherapien konnten Howard und Mitarbeiter/innen zeigen, dass zwischen der Therapiedauer und dem Therapieerfolg im allgemeinen ein kurvilinearer Zusammenhang besteht (Howard et al. 1986, 1999). Dabei wächst der Therapieerfolg zu Beginn einer Behandlung am schnellsten, flacht dann jedoch rasch ab und erreicht bei rund 60 Sitzungen asymptotisch den durchschnittlichen maximalen Effekt (vgl. **Abbildung 1**). Über verschiedene Therapieformen und PatientInnenpopulationen hinweg erreichen durchschnittlich 50 Prozent der Patient/innen nach rund 8 Sitzungen eine bedeutsame Verbesserung. Um auf ein Erfolgsniveau von 75 Prozent der Patient/innen zu gelangen, sind durchschnittlich 26 Sitzungen erforderlich, für 85 Prozent Erfolg braucht es 65 Sitzungen. Danach ist kein nennenswerter Anstieg mehr festzustellen. Allerdings gibt es Abweichungen von diesen Durchschnittswerten, die mit der Art der verwandten Therapie und vor allem der Art der behandelten Probleme zusammenhängen. **Abbildung 2** zeigt, dass sowohl der initiale als auch der endgültige Erfolg bei Angststörungen deutlich grösser, bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen dagegen deutlich geringer sind. Der ursprünglich von Howard und Mitarbeitern berichtete Zusammenhang wurde inzwischen von anderen Autoren bestätigt (z.B. Lambert et al. 2001, Lutz 2003, vgl. auch Lambert 2004).

Abbildung 1: «Dosis-Wirkungs-Kurve» des Zusammenhanges zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg nach Howard et al. (1986, 1999).



Quelle: Howard et al. (1986, 1999)

Abbildung 2: Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg bei verschiedenen psychischen Störungen nach Howard et al. (1986, 1999)



Quelle: Howard et al. (1986, 1999)

### Dauerhaftigkeit der Wirkungen von Psychotherapien

Die Wirkungen psychotherapeutischer Verfahren weisen im allgemeinen eine gute Stabilität auf (Lambert 2004, Margraf et al. 2005). Dabei ist die Dauerhaftigkeit der Therapieerfolge deutlich besser belegt als bei medikamentösen Behandlungen (Margraf et al. 2005). Darüber hinaus können psychotherapeutische Zusatzinterventionen die Rückfallraten psychiatrischer Therapieprogramme positiv beeinflussen.

### Kosten psychischer Erkrankungen

Psychische Störungen gehören zu den grössten Kostenverursachern im Gesundheitswesen. In der Schweiz lässt sich ebenso wie in anderen Industriestaaten ein Trend zur Zunahme der Kosten aufgrund psychischer Störungen beobachten. Nach den Vorhersagen der WHO wird dieser Trend bis zum Jahr 2020 dazu führend, dass allein die Depression weltweit die zweitwichtigste Ursache von Krankheitsbelastungen darstellen wird (Murray/Lopez 1996, WHO 2001). In den Industriestaaten ist die Bedeutung psychischer Störungen dabei fast doppelt so gross wie im Gesamtdurchschnitt der Welt (WHO 2001). Zu den grössten Kostenfaktoren gehören stationäre Behandlungskosten und Arbeitsausfallkosten.

Obwohl in der Schweiz ein Anwachsen der Zahl der Leistungserbringer im Bereich der psychischen Gesundheit festzustellen ist, ist die Dichte der Versorgungsangebote im internationalen Vergleich nach wie vor nicht sehr hoch (Meyer/Hell 2004). Hinsichtlich der psychologischen Psychotherapeuten handelt es sich im Wesentlichen um ein Nachholen einer Entwicklung, die in den Nachbarstaaten bereits länger vollzogen wurde. Die grössten Kostensteigerungen sind in jüngster Zeit bei der stationären Versorgung und den IV-Renten zu beobachten. Betrachtet man die epidemiologischen Daten zu Krankheitsdauer und Versorgungstypen zusammen mit den Daten zur Kostenentwicklung in der Schweiz, so könnte man die Ergebnisse mit dem folgenden Merksatz zusammenfassen: «Statt früh, ambulant und kostengünstig werden psychische Störungen spät, stationär und teuer behandelt.»

### Kosten-Nutzen von Psychotherapien

Die Literatur zu Kosten und Nutzen von Psychotherapien ist ebenfalls sehr umfangreich, wenngleich hier noch immer die Zahl der Sekundärarbeiten und Meinungsäusserungen diejenige der Originalarbeiten



übersteigt. Für die nachfolgenden Ausführungen gehen wir zusammenfassend von folgenden Befunden aus (Margraf et al. 2005):

- Die Literaturobserwertungen zeigen für die Mehrheit der Primärstudien ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis. Dies bedeutet, dass es nach Abzug der Therapiekosten zu Nettoeinsparungen kommt. Dieser Effekt wird in der Regel bereits nach ein bis zwei Jahren erreicht und beruht vor allem auf zeitlich stabilen Kostenreduktionen bei den stationären Leistungen und den Arbeitsausfallkosten. Dabei wurde ein breites Indikationsspektrum untersucht (v.a. Angststörungen, Depressionen, Sucht, Schizophrenien und psychosomatische Beschwerden).
- Psychotherapie führte in der Regel zu grösseren und anhaltenderen Kosteneinsparungen als medikamentöse Therapien. Sie ist vor allem bei Angststörungen und Depressionen kosten-effektiver als psychotrope Medikamente.
- In 87 Prozent der Studien wurden kognitiv-behaviorale und störungsspezifische Kurztherapien untersucht, lediglich 13 Prozent der Studien befassten sich mit psychodynamischen, humanistischen oder hypnotherapeutischen Verfahren. Eine neuere Übersicht deutet auf positive Kosten-Nutzen-Effekte auch bei psychodynamischen Kurztherapien hin. Es wurden keine Daten zu Langzeittherapien gefunden.
- Psychotherapie ist nicht nur wirksamer, sondern auch billiger als keine Therapie bzw. eine Vielzahl von Vergleichsbedingungen. Es darf jedoch nicht über verschiedenen Formen von Psychotherapie hinweg verallgemeinert werden. Diese positiven Befunde betreffen v.a. kognitiv-behaviorale Therapien, in geringerem Umfang auch andere störungsspezifische Kurzinterventionen und psychodynamische Kurztherapien.

### **Übertragbarkeit auf die Routinepraxis**

Aufgrund des hohen Anteils an Studien unter Praxisbedingungen können die Ergebnisse zu Wirksamkeit und Kosten-Effektivität gut auf die klinische Routinepraxis übertragen werden (Shadish et al. 1997, 2000, Hahlweg et al. 2001, Lueger et al. 2001). Dabei darf nicht über verschiedene Psychotherapieformen hinweg generalisiert werden (vgl. Margraf et al. 2005). Positive Kosten-Nutzen-Relationen wurden nur für Kurzzeit- und Gruppentherapien gefunden (Margraf et al. 2005).

### **Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen**

Kinder sind in der Forschung eine vernachlässigte Population. Dementsprechend ist auch für die Psychotherapie die Evidenzsituation bei Kindern und Jugendlichen ungünstiger als bei Erwachsenen. Viele Meta-Analysen zur Wirksamkeit der Psychotherapie berücksichtigten Kinder und Jugendliche nicht (so erfassten etwa Wampold et al. (1997) nicht die einschlägigen Zeitschriften wie *Journal of Clinical Child Psychology*, *Journal of Abnormal Child Psychology*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*). Soweit Meta-Analysen publiziert wurden oder sich Fachgremien mit der Befundlage befassten, kommen sie übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass bisher lediglich für kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren die Wirksamkeit hinreichend nachgewiesen wurde (Casey/Berman 1985, Weisz et al. 1995, Hoagwood/Olin 2002, Beelmann/Schneider 2003, Schneider/Döpfner 2004, In-Albon/Schneider submitted; vgl. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2000a, 2000b, 2001, 2002, 2004, 2005 sowie die Ergebnisse APA Task Force on Empirically Supported Therapies zusammengefasst in Chambless/Ollendick 2001). Aber auch bei dieser bisher am besten untersuchten Gruppe von Verfahren basieren einige der Studien auf sehr kleinen Stichproben, so dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in einzelnen Anwendungsbereichen eingeschränkt ist. Bis heute weitgehend ungeklärt bei Kindern und Jugendlichen sind zudem die Fragen der «Effectiveness» unter klinischen Alltagsbedingungen sowie die Kosten-Nutzen-Frage (vgl. Casey/Berman 1985, Weisz et al. 1987 und 1995, Beelmann/Schneider 2003, Schneider 2005).

## 2.2 Untersuchungen in der Schweiz

Im Jahr 2001 wurden parallel zwei Studien in Auftrag gegeben, die beide die Kosten bzw. den Nutzen der (psychologischen) Psychotherapie in der Schweiz beziffern sollten. Zum einen erteilte das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) der Abteilung Medizinische Ökonomie des Universitätsspitals Zürich und des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich den Auftrag, die Datenlage zur Versorgung mit Psychotherapien in der Schweiz zu verbessern, die durch die Psychotherapien entstandenen Kosten zu bewerten und abzuschätzen, welche Auswirkungen eine Neuregelung der nicht-ärztlichen Psychotherapien auf die Kosten, die durch die Grundversicherung zu übernehmen sind, hat. Zum anderen vergab die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) der privaten Auftragsforschungsfirma HealthEcon in Basel den Auftrag, die Kosten und vor allem die Kosteneinsparungspotenziale adäquat eingesetzter Psychotherapien zu bestimmen.

In der Praxis sind die Ergebnisse und das methodische Vorgehen beider Studien umstritten. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wollten daher die methodischen Grundlagen der beiden Arbeiten ausführlicher beurteilen lassen. Dazu ist ein spezifisches Gutachten verfügbar (Spycher et al. 2004)<sup>8</sup>. An dieser Stelle wird nicht das ganze Gutachten wiedergegeben. Der Schwerpunkt wird insbesondere auf die inhaltlichen Ergebnisse der schweizerischen Untersuchungen gelegt. Die methodische Diskussion wird nur kurz zusammengefasst.

### 2.2.1 Die Arbeiten von Beeler, Szucs und Lorenz

#### 2.2.1.1 Kurzbeschreibung der Arbeiten

Die für den Auftrag des BSV notwendige Datenerhebung wurde im Juni 2000 durchgeführt. Iris Beeler und Thomas D. Szucs werten die Daten aus und gaben ihren unveröffentlichten Schlussbericht im Mai 2001 ab. Dieselbe Datenquelle diente den Autor/innen für zwei weitere, veröffentlichte Arbeiten: Beeler et al. publizierten die Ergebnisse 2003 in der Fachzeitschrift «Sozial- und Präventivmedizin». Die quantitativen Resultate stimmen dabei nicht exakt mit den BSV-Ergebnissen überein, da die Daten für die Publikation nochmals aufgearbeitet worden sind. Ess/Szucs gingen ihrerseits in einer BSV-Publikation von 2002 inhaltlich einen Schritt über die beiden bereits erwähnten Arbeiten hinaus, in dem sie explizit Szenarien über die Entwicklung des künftigen Angebotes an Psychotherapiestunden und dessen Konsequenzen auf die Kosten der Grundversicherung prüften. Für das Gutachten steht die ursprüngliche Arbeit für das BSV (Beeler/Szucs 2001) und die Publikation derselben (Beeler et al. 2003) im Vordergrund.

#### Ziele

Die Arbeiten verfolgten mehrere Ziele: Feststellen der Anzahl psychotherapeutischer Leistungserbringer/innen, Feststellen des Umfangs der psychotherapeutischen Leistungen und ihrer Kosten, Feststellen der Kostenzunahme, wenn die nicht-ärztliche Psychotherapie in die Grundversicherung integriert wird. Nicht Gegenstand der Arbeiten ist die Quantifizierung denkbarer Einsparungen durch den Einsatz von Psychotherapien.

---

<sup>8</sup> Das Gutachten kann auf den folgenden Seiten heruntergeladen werden: [www.buerobass.ch/studienverz\\_d.html#Krankheiten](http://www.buerobass.ch/studienverz_d.html#Krankheiten) oder [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch).

### Daten

Die Arbeiten basieren auf 670, im Juni 2000 durchgeführten computerassistierten Telefoninterviews. Davon wurden 215 mit Psychiater/innen (32%), 227 mit ärztlichen Grundversorger/innen (34%) und 228 mit nicht-ärztlichen Psychotherapeut/innen (34%) durchgeführt. Als Grundversorger/innen wurden Ärzt/innen mit dem FMH-Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin sowie solche, die ohne FMH-Titel praktizieren, verstanden. Psychiater/innen waren in der Stichprobe deutlich über-, nicht-ärztliche Therapeut/innen deutlich unterrepräsentiert.<sup>9</sup> Bei den Grundversorger/innen und den Psychiater/innen sind die in der Deutschschweiz Tätigen über-, diejenigen in der Romandie unterdurchschnittlich häufig in der Stichprobe enthalten.

### Methoden und Annahmen

Die Adressen für die Ärzt/innen wurden aus den Verzeichnissen der FMH bzw. der IHA-GfM zusammengestellt. Diejenigen für die nicht-ärztlichen Therapeut/innen aus den Verzeichnissen der beiden Verbände SPV (Schweizerischer Psychotherapeutenverband) und der FSP, ergänzt durch Adressen aus dem Twix-Tel für die italienisch sprechende Schweiz. Für jede Sprachregion wurde eine Zufallsstichprobe gezogen.

Die Stichprobe umfasste 1'975 Adressen. 670 Personen (34%) waren für ein Interview bereit (47% bei den Psychiater/innen, 19% bei den Grundversorger/innen, 59% bei den nicht-ärztlichen Psychotherapeut/innen). Bei den Verweigerungsgründen wurde am häufigsten fehlendes Interesse (33%), Zeitmangel (15%) und keine Bereitschaft für ein Interview am Telefon (10%) genannt.

Es wurde ein computerassistiertes Interview durchgeführt. Als Einstiegsfrage wurde geprüft, ob die interviewte Person selbst Psychotherapien durchführt bzw. solche delegiert. Wurde diese Frage verneint, wurde das Interview abgebrochen. Wurde das Interview weitergeführt, wurden Angaben zu folgenden Dimensionen erhoben: Hauptberufliche Tätigkeit, Arbeitsweise (selbsttherapierend, delegierend, delegiert), Anzahl Psychotherapiestunden pro Woche, Anzahl betreute Patient/innen und Konsultationsfrequenz, Honorarhöhe, Finanzierungsquellen, Aus- und Weiterbildung, Berufsausübungsdauer, Verbandszugehörigkeit, Alter, Geschlecht. Die 670 auswertbaren Interviews wurden auf die entsprechenden Grundgesamtheiten hochgerechnet.

Die Erhebung erlaubt es den Autor/innen die Kosten der im Jahr 2000 erbrachten Psychotherapieleistungen sowie ihre Verteilung auf die verschiedenen Finanzierer zu berechnen. Ausgehend von der im Jahr 2000 beobachteten Verteilung der Psychotherapiestunden auf verschiedene Leistungserbringer/innen konnten auch Annahmen darüber getroffen werden, wie sich die Kostenverteilung im Jahr 2000 verändert hätte, wenn die Leistungserbringer/innen anders abgegolten worden wären. Dazu wurden folgende Szenarien unterstellt (die Wochenstundenangaben stammen aus Beeler et al. 2003):

■ Szenario I: Situation im Jahr 2000 (Status Quo)

■ Szenario IIa: Neu werden die Leistungen derjenigen Psychotherapeut/innen von der Grundversicherung übernommen, die ein universitäres Grundstudium in Psychologie absolviert haben.

---

<sup>9</sup> Bei den Grundversorger/innen musste ein Schätzverfahren für die Bestimmung der Grundgesamtheit (Anzahl psychotherapeutisch tätiger Grundversorger/innen) angewandt werden, da es keine entsprechende Statistik darüber gibt. Der Anteil psychotherapeutisch Tätigen an allen Grundversorger/innen wurde über den Anteil der aus diesem Grund abgebrochenen Interviews geschätzt. Es wurde eine Stichprobe aus allen Grundversorger/innen (auch nicht psychotherapeutisch tätigen) gezogen. Zu Beginn des Interviews wurde gefragt, ob sie psychotherapeutisch arbeiten würden. Der Anteil der Grundversorger/innen, die diese Frage mit JA beantworteten, wurde als Schätzung für den Anteil in der Grundgesamtheit genommen.

- Szenario IIb: In Ergänzung zu Szenario II wird weiter angenommen, dass sich die Wochenstundenzahl der psychologischen Psychotherapeut/innen (17.8) derjenigen der Psychiater/innen (25.3) angleicht. Dies entspricht einer Mengenausdehnung von 42 Prozent pro psychologischer/m Psychotherapeut/in.
- Szenario IIIa: In Ergänzung zu Szenario IIb werden auch die Leistungen der Psychotherapeut/innen der Hochschule für Angewandte Psychologie übernommen.
- Szenario IIIb: Analog zur Annahme in Szenario IIb wird in Szenario IIIb angenommen, dass sich die Wochenstundenzahl der Absolvent/innen der Hochschule für Angewandte Psychologie (14.8) derjenigen der Psychiater/innen (25.3) angleicht. Dies entspricht einer Mengenausdehnung von 71 Prozent.
- Szenario IVa: Im vierten Szenario werden auch noch diejenigen Psychotherapeut/innen eingerechnet, die bisher nicht berücksichtigt worden sind. Sie verfügen über einen sehr heterogenen Hintergrund.
- Szenario IVb: Hier wird auch für die übrigen Psychotherapeut/innen eine Angleichung der Wochenstunden an die Psychiater/innen (von 14.8 auf 25.3) angenommen.

Das Bundesamt für Sozialversicherung verlangte die Prüfung zweier zusätzlicher Szenarien:

- Szenario BSV-1: Die Grundversicherung übernimmt nur die Kosten einer bestimmten Therapierichtung.
- Szenario BSV-2: Die Grundversicherung übernimmt nur die Kosten derjenigen nicht-ärztlichen bzw. ärztlichen Psychotherapeut/innen, die über zwei Weiterbildungen verfügen.

Die Honorare pro Therapiestunde wurde bei den nicht-ärztlichen Psychotherapeut/innen trotz Integration in die Grundversicherung konstant belassen (bei 116 Franken für die psychologischen Psychotherapeut/innen und 112 Franken bei den übrigen Psychotherapeut/innen).

### Ergebnisse

Die Ergebnisse lassen sich entlang der aufgeworfenen Fragen wie folgt kurz zusammenfassen:

- Anzahl Leistungserbringer/innen im Jahr 2000: 6'739 Personen erbringen psychotherapeutische Leistungen (24% Psychiater/innen, 35% Grundversorger/innen, 41% nicht-ärztliche Psychotherapeut/innen).
- Umfang und Kosten der Leistungen im Jahr 2000: Insgesamt werden 4.6 Millionen Therapiestunden geleistet (37% von Psychiater/innen, 17% von Grundversorger/innen, 30% von psychologischen Psychotherapeut/innen, 8.7% von Personen mit einem Abschluss bei der Hochschule für angewandte Psychologie und 6.5% von den übrigen Therapeut/innen). 94 Prozent der Therapiestunden der Psychiater/innen werden über die Grundversicherung finanziert, 90 Prozent der Stunden der Grundversorger/innen, 27 Prozent der Stunden der psychologischen Psychotherapeut/innen und 30 Prozent der Stunden der übrigen Psychotherapeut/innen.

Die Gesamtkosten der durchgeführten Psychotherapien beläuft sich auf 579 Millionen Franken. Davon werden 396 Millionen über die Grundversicherung finanziert.

- Kostenzunahme, wenn auch nicht-ärztliche Psychotherapie über die Grundversicherung abgerechnet werden kann: Ausgangspunkt sind die Kosten in Szenario I (Status Quo) von 396 Millionen Franken. Diese Kosten verändern sich nach den Szenarien wie in **Tabelle 2** dargestellt.

Tabelle 2: Kosten der Psychotherapie nach verschiedenen Szenarien (Beeler et al. 2003)

Szenario	Beschreibung des Szenarios	Kosten	Kostenzunahme in Prozent
Szenario I	Heute (im Jahr 2000)	396 Mio.	
<b>Ohne Annahmen über die Mengenausdehnung</b>			
Szenario IIa	Szenario I + psychologische Psychotherapeut/innen	498 Mio.	+ 26%
Szenario IIIa	Szenario I + psychologische Psychotherapeut/innen + Therapeut/innen HAP	523 Mio.	+ 32%
Szenario IVa	Szenario I + psychologische Psychotherapeut/innen + Therapeut/innen HAP + übrige Therapeut/innen	542 Mio.	+ 37%
<b>Mit Annahmen über die Mengenausdehnung</b>			
Szenario IIb	Szenario I + psychologische Psychotherapeut/innen	558 Mio.	+ 41%
Szenario IIIb	Szenario I + psychologische Psychotherapeut/innen + Therapeut/innen HAP	609 Mio.	+ 54%
Szenario IVb	Szenario I + psychologische Psychotherapeut/innen + Therapeut/innen HAP + übrige Therapeut/innen	648 Mio.	+ 64%

Quelle: Beeler et al. (2003)

Die Szenarien BSV-1 und BSV-2 wurden in Beeler/Szucs mit den etwas abweichenden Daten gerechnet. Auf die Grundversicherung entfielen in diesem Papier 329 Millionen Franken (gegenüber 396 Millionen Franken in Beeler et al. 2003). Würde nur eine Therapierichtung über die Grundversicherung finanziert (Szenario BSV-1), so ergäben sich Kosten für die Grundversicherung bei den tiefenpsychologischen Therapien von 220 Millionen Franken, bei den Verhaltenstherapien von 51 Millionen Franken, bei den humanistischen Therapien von 127 Millionen Franken, bei den systemischen Therapien von 161 Millionen Franken und bei den Körpertherapien von 63 Millionen Franken. Würden nur Therapeut/innen mit zwei Weiterbildungen zugelassen (Szenario BSV-2), so würden sich die Kosten von 329 Millionen Franken auf 107 Millionen Franken reduzieren.

■ **Kosteneinsparungen:** In Beeler/Szucs werden mögliche Kosteneinsparungen thematisiert, die dadurch entstehen können, wenn Grundversorger/innen ohne eine von der Charta anerkannte psychotherapeutische Weiterbildungen von der Abrechnung über die Grundversicherung ausgeschlossen werden. Da nur 14 Prozent der Grundversorger/innen über derartige Weiterbildungen verfügen, ergibt sich hier ein Einsparungspotential von 21 (42% der durch die Grundversorger über die Grundversicherung abgerechneten Kosten; 6% aller über die Grundversicherung abgerechneten Kosten) bis 44 Millionen Franken (88% bzw. 13%).

### Folgerungen und Diskussion der Autor/innen

Die Autor/innen ziehen keine expliziten Folgerungen aus ihrer Untersuchung. Sie verstehen sich als «Datenlieferant/innen». Demgegenüber diskutieren sie verschiedene Limiten ihrer Untersuchungen.

#### Daten

■ Es dürfte eine unbestimmte Anzahl von Therapeut/innen geben, die in keinem der verwendeten Adress-Verzeichnisse registriert sind. Daher würde die Anzahl der Therapeut/innen leicht unterschätzt.

■ Die Anzahl der psychotherapeutisch tätigen Grundversorger/innen mussten aus der Anzahl der abgebrochenen Interviews hergeleitet werden. Dies würde daher nur eine ganz grobe Schätzung darstellen.

■ Die Autor/innen vermuten eine Selektionsverzerrung in ihren Antworten, weil die Psychiater/innen überdurchschnittlich häufig geantwortet haben. Da ein häufiger Antwortverweigerungsgrund «Keine Interesse, keine Zeit» war, vermuten die Autor/innen, dass die antwortenden Psychiater/innen mehr Zeit hatten und ev. nicht so stark ausgelastet sind wie die nicht-antwortenden Psychiater/innen. Dies könne auch auf die Grundversorger/innen zutreffen.

■ Nur 58 Prozent der Grundversorger/innen geben an, dass sie eine spezifische psychotherapeutische Weiterbildung besucht haben. Gegenüber den anderen Gruppen (84% bis 100%) ist dies deutlich tiefer. Dies könnte auch mit der tiefen Antwortquote bei den Grundversorger/innen (19%) zu tun haben.

■ Die Autor/innen weisen darauf hin, dass verschiedene Fragen für eine telefonische Befragung schwierig zu beantworten gewesen seien. Allerdings seien die Resultate in den groben Zügen mit anderen Untersuchungen, die eine schriftliche Befragung verwendeten, vergleichbar.

### *Annahmen*

■ Es sei nicht klar, ob sich die Anzahl der durch nicht-ärztliche Psychotherapeut/innen erbrachten Stunden nach der Übernahme durch die Grundversicherung derjenigen der Psychiater/innen annähern würde. Es könne auch sein, dass diese Gruppe bewusst weniger Erwerbsarbeit anbieten würde.

■ Die Entwicklung der Honorare nach der Übernahme der nicht-ärztlichen Psychotherapie sei konstant unterstellt worden. Die Honorare seien aber Gegenstand von Verhandlungen und könnten sich daher sowohl erhöhen wie aber auch reduzieren.

### *Fehlende Elemente*

■ Die Arbeiten würden keine Schätzungen über die zukünftige Entwicklung der Kosten der psychotherapeutischen Leistungen enthalten (dies wird dann explizit in Ess/Szucs 2002 vorgenommen), obschon es Hinweise gebe, dass die Nachfrage zur Zeit grösser sei als das (über die Grundversicherung abrechenbare) Angebot.

■ Es würden keine Annahmen über die Auswirkungen der bilateralen Verträge gemacht. Es könnte erwartet werden, dass durch Zuwanderung das Angebot an psychotherapeutischen Leistungen zunehmen würde.

■ Auch seien keine Annahmen darüber gemacht worden, welche Veränderungen eine erweiterte Zulassung zur Grundversicherung auf das Verhalten der beteiligten Akteur/innen ausüben würde. Es könnte bspw. vermutet werden, dass heute inaktive Therapeut/innen neu aktiv würden.

■ Die zusätzlichen Kosten für die Grundversicherung seien nicht möglichen Einsparungen durch kosteneffektive Therapien gegenübergestellt worden.

## **2.2.1.2 Beurteilung der Arbeiten**

Wir kommen zu folgender genereller Einschätzung der Arbeiten:

■ Es handelt sich um eine sehr seriös durchgeführte empirische Arbeit, die wertvolle Hinweise auf die psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz gibt.

■ Die Ergebnisse werden gut nachvollziehbar dargelegt. Die getroffenen Annahmen werden offengelegt und (meistens) gut begründet. Gleichzeitig werden auch mögliche Einschränkungen der Aussagekraft der Studie systematisch thematisiert, ohne dass diese den Wert der Studie wesentlich beeinträchtigen würden.

■ Unschärfen bei den Ergebnissen ergeben sich im Bereich der Grundversorger/innen, da die Antwortbereitschaft der Befragten sehr eingeschränkt war, sowie im Bereich der nicht-ärztlichen und nicht-psychologischen (delegierten) Psychotherapien. Die Kostenszenarien, die eine Mengenausdehnung enthalten, sind zu wenig begründet. Insgesamt erscheint die Stichprobe von 670 Personen etwas zu klein zu sein. Nicht thematisiert werden mögliche Einspareffekte im somatischen Bereich durch den verbreiterten Einsatz von psychologischen Psychotherapeut/innen.

### Praktische Relevanz der Arbeiten für die Diskussion in der Schweiz

■ Die durch die Arbeiten gemessene Höhe der Kosten für das Basisjahr 2000 dürfte in der Grössenordnung stimmen. Am meisten Unsicherheiten bestehen bei den Grundversorger/innen sowie bei den delegiert arbeitenden Therapeut/innen, die nicht Mitglied im SPV oder im FSP sind.

■ Die Schätzungen der Mehrkosten für die Grundversicherung durch die Übernahme der im Basisjahr 2000 bereits erbrachten nicht-ärztlichen Psychotherapien dürfte ebenfalls recht zuverlässig sein, vor allem wenn man die relative Veränderung betrachtet (Zunahme in Prozent).

■ Die Schätzungen der Kosten, die durch eine Mengenausdehnung entstehen können, müssen als mögliche Szenarien unter vielen interpretiert werden. Die zugrunde liegenden Annahmen sind wenig plausibilisiert, so dass die Schätzungen nicht mehr als ein möglicher Orientierungspunkt darstellen.

■ Mögliche Kosteneinsparungen durch den Einsatz von Psychotherapien werden nur am Rande thematisiert (bei der Nicht-Zulassung von Grundversorger/innen ohne entsprechende Weiterbildungen). Dabei ist die dadurch verbundene Limitierung zweifach: Zum einen werden die durch die im Basisjahr 2000 bereits durchgeführten Therapien eingesparten Kosten im somatischen Bereich nicht angesprochen. Zum anderen wird bei den Szenarien mit Mengenausdehnungen nicht berücksichtigt, dass durch die zusätzlich durchgeführten Therapien anderweitig im somatischen Bereich Kosteneinsparungen möglich sind. Darüber hinaus wird auch nicht der Nutzen der im Basisjahr erbrachten Leistungen bewertet. In diesem Sinne handelt es sich bei den Arbeiten von Beeler, Szucs und Lorenz nicht um Kosten-Nutzen-Analysen von Psychotherapien, sondern um einfache Kostenstudien.

■ Zwischen der Erhebung im Jahr 2000 und dem Zeitpunkt der Diskussion um die Zulassung der psychologischen Psychotherapie in der Krankenversicherung haben sich verschiedene Elemente verändert, die vor allem die delegierte Psychotherapie betreffen. Die Ergebnisse des Jahres 2000 können daher nicht unverändert auf den heutigen Zeitpunkt übernommen werden.

## 2.2.2 Die Arbeiten von Frei und Greiner

### 2.2.2.1 Kurzbeschreibung der Arbeiten

Die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) erteilte den Gesundheitsökonominnen Andreas Frei und Roger-Axel Greiner (HealthEcon, Basel) den Auftrag, den volkswirtschaftlichen Nutzen der Psychotherapie abzuschätzen. Der wissenschaftliche Schlussbericht erschien im März 2001 (Frei/Greiner 2001a). Wenig später wurde eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse in einer Fachzeitschrift publiziert (Frei/Greiner 2001b). Frei referierte die Ergebnisse später auch in einer Übersichtspublikation des Bundesamtes für Sozialversicherung (Frei 2002). Die Inhalte aller Arbeiten sind – im Gegensatz zu den Arbeiten bei Beeler, Szucs und Lorenz – identisch. Die Veröffentlichungen unterscheiden sich lediglich hinsichtlich ihrer Länge und Ausführlichkeit.

### Ziele und Fragestellungen

Ziel der Arbeiten von Frei/Greiner ist es, das Ausmass der volkswirtschaftlichen Einsparungen in der Schweiz abzuschätzen, wenn Psychotherapien adäquat eingesetzt werden. Gegenübergestellt werden die Kosten der Psychotherapie einerseits und die durch den «richtigen» Einsatz der Therapien eingesparten direkten Kosten (Kosten für Diagnose, Therapie etc. im somatischen Bereich) andererseits.<sup>10</sup> Das Studiendesign abstrahiert daher ganz bewusst von den konkreten, aktuellen Versorgungsstrukturen in der

---

<sup>10</sup> In Frei/Greiner (2001a) werden punktuell auch indirekten Kosten thematisiert. Für die Hauptergebnisse (Abschnitt 4.7) spielen sie aber keine Rolle mehr.

Schweiz. Es soll aufgezeigt werden, welche Einsparungen resultieren, wenn die Therapien gemäss den auf Forschungsergebnissen beruhenden Erfahrungen und Empfehlungen eingesetzt werden.

### Daten

Die Autoren stützen sich auf verschiedene Datenquellen:

- Im Zentrum stehen wissenschaftliche (klinische) Publikationen zur Kosten-Effektivität von Psychotherapien einerseits und entsprechende wissenschaftliche Überblicksaufsätze zur Thematik andererseits.
- Um die Häufigkeit des Vorkommens behandlungsnotwendiger psychischer Störungen abzuschätzen, ziehen die Autoren verschiedene epidemiologische Publikationen bei.
- Stellenweise greifen die Autoren auf vorhandene Sekundärdaten in der Schweiz zurück (bspw. zur Operationshäufigkeit).
- Um die eingesparten Mengen an Konsultationen, Spitaltagen etc. zu bewerten, werden Tarifdaten beigezogen.

### Methoden und Annahmen

Die Autoren verwenden einen sehr einfachen Prävalenzansatz: Für ausgewählte Indikationsbereiche wird bestimmt, wie viele Patient/innen eine Therapie notwendig haben und auch zu einer Therapie zu motivieren sind. Aus der wissenschaftlichen Literatur wird abgeleitet, mit wie vielen Sitzungen die Patient/innen zu therapieren sind. Dies ergibt die Kosten. Aus derselben Literatur werden die Einsparungsmöglichkeiten im Bereich der direkten Kosten übernommen, insofern Studien vorliegen, die derartige Einsparungen belegen. Kosten und Einsparungen pro Fall werden mit der Anzahl Patient/innen multipliziert. Die Differenz ergibt die Nettokosten (wenn Kosten > Einsparungen) bzw. die Nettoeinsparungen (wenn Einsparungen > Nettokosten) des Einsatzes der Psychotherapien. Die Summe über alle untersuchten Indikationsbereiche hinweg ergibt die volkswirtschaftlichen Nettokosten bzw. Nettoeinsparungen.

Weiter sind folgende methodischen Aspekte erwähnenswert:

- Die wissenschaftliche Literatur ist in vielen Teilen nicht eindeutig. Daher leiten die Autoren für jeden Indikationsbereich eine Hauptvariante („beste Schätzung“) sowie eine untere und obere Schätzung her (Sensitivitätsanalyse).
- Gemäss den Autoren wurde für jede verwendete Studie die Kosten vor und nach dem Jahr der Psychotherapie verglichen. Die Differenz entsprach den durch die Therapie möglichen Einsparungen.
- Untersucht werden von den Autoren folgende sechs (Indikations-)Bereiche: Operationsvorbereitung, Alkoholismus, Angststörungen, somatoforme Störungen, Schizophrenie und Depression.
- Die Kosten der Psychotherapien werden umgerechnet in Vollzeitäquivalente. Dabei wird für ein Vollzeitäquivalent von 1'000 Sitzungen (45 Minuten) à 100 Franken pro Jahr ausgegangen.

### Ergebnisse

**Tabelle 3** gibt die Ergebnisse der Arbeiten von Frei/Greiner wieder. In der besten Schätzung entstehen Einsparungen von 2.1 Milliarden Franken und Kosten für die Therapie von 960 Millionen Franken. Dies entspricht einer Nettoeinsparung durch den Einsatz der Psychotherapien von 1.1 Milliarden Franken. Zur Erbringung der therapeutischen Leistungen für 831'600 Patient/innen (551'600 ohne die Operationsvorbereitungen) wären 8'764 Therapeut/innen notwendig. Pro Fall werden im Durchschnitt 15.3 Sitzungen erbracht. Dies variiert stark nach Indikationsbereich (nur 1 Sitzung bei den Operationsvorbereitungen, 40 Sitzungen bei schweren somatoformen Störungen). Gemäss Schätzung der Autoren entfallen von den Einsparungen von 2.1 Milliarden Franken rund 1.8 Milliarden (88%) im stationären und 250 Millionen Franken im ambulanten Bereich (12%).



Tabelle 3: Kosten und Einsparungen eines adäquaten Einsatzes von Psychotherapien nach Frei/Greiner (2001a)

	Anzahl Patient/innen Beste Schätzung	Einsparungen durch die Therapien (in Millionen Franken)			Kosten der Therapien (in Millionen Franken)			Nettoeffekt (Kosten – Einsparungen) (in Millionen Franken)		
		Min	Max	Beste Schätzung	Min	Max	Beste Schätzung	Min	Max	Beste Schätzung
Operationsvorbereitungen	280'000	165	338	248	25	30	28	-140	-308	-220
Alkoholismus	28'000	13	878	193	45	140	56	32	-738	-137
Angststörungen	210'000	333	1'294	462	137	493	315	-196	-801	-147
Somatoforme Störungen	61'600	28	252	140	62	90	78	34	-162	-62
Schizophrenie	42'000	105	402	168	130	176	126	25	-226	-42
Depression	210'000	0	2'240	840	0	840	357	0	-1'400	-483
<b>Total</b>	<b>831'600</b>	<b>644</b>	<b>5'404</b>	<b>2'051</b>	<b>399</b>	<b>1'769</b>	<b>960</b>	<b>-245</b>	<b>-3'635</b>	<b>-1'091</b>

Quelle: Frei/Greiner (2001a, 64ff.)

Die Sensitivitätsanalysen weisen auf grosse Schwankungen der Schätzungen bei den einzelnen Indikationen aber auch über alle Indikationen zusammen hin. So können die Nettoeinsparungen zwischen 245 Millionen und 3.6 Milliarden Franken variieren (beste Schätzung 1.1 Milliarden Franken). Die grössten Nettoeinsparungen lassen sich im Bereich der Depressionen (483 Millionen Franken; 44% der Nettoeinsparungen) und den Operationsvorbereitungen (220 Millionen Franken; 20%) erzielen.

### Folgerungen und Diskussion der Autor/innen

Die Autoren weisen in der Diskussion ihrer Ergebnisse auf verschiedene Aspekte hin:

- Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei den vorgenommenen Berechnungen um eine „hypothetische Betrachtung“ handelt (Frei 2002, 67). Diese könne versuchen, abzuschätzen, welche Einsparungen im somatischen Bereich erzielt werden können, wenn die Psychotherapien gemäss Kosteneinsparungsstudien optimal eingesetzt würden.
- Die durchschnittliche Sitzungszahl von 15.3 Sitzungen pro Fall weist darauf hin, dass die Studie ein stark normatives Element enthalten würde. In der Schweiz seien die durchschnittlichen Sitzungszahlen in der aktuellen Praxis wesentlich höher. Die Literatur weist somit darauf hin, dass es angezeigt sei, die Sitzungszahl deutlich abzusenken. Die Autoren weisen aber darauf hin, dass selbst bei einer Verdoppelung der Therapiekosten von 960 Millionen Franken auf 1.9 Milliarden Franken noch Nettoeinsparungen übrig bleiben würden, da die Einsparungen bei 2.1 Milliarden Franken liegen würden.
- Die Wahl des Honorars von 100 Franken pro 45-Minuten-Sitzung (133 Franken pro 60-Minuten-Sitzung) wird damit begründet, dass die Tarife der Krankenversicherer tiefer sein würden als das auf dem freien Markt zu erzielende Honorar.
- Die geschätzte PatientInnenzahl von 551'600 (ohne Operationsvorbereitungen) wird aufgrund der Literatur als eine Schätzung an der oberen Bandbreite bezeichnet.
- Es wird darauf hingewiesen, dass das Einsparungspotential durch das 1-Jahres-Prävalenzkonzept unterschätzt würde. Psychotherapien könnten auch längerfristige Vorteile bringen, die sich erst viele Jahre später einstellen und daher nicht berücksichtigt worden seien.

Die Autoren nehmen aufgrund ihrer Ergebnisse explizit zur Frage der Krankenversicherungszulassung der nicht-ärztlichen Psychotherapeut/innen Stellung. Sie sind der Ansicht, dass die Kosten-Effektivität der Psychotherapien Grund genug sei, die Zulassung zu gewähren. Dass die berechneten Einsparungen u.U. nicht

erzielt werden könnten, weil die somatischen Ärzt/innen Ausweichreaktionen<sup>11</sup> zeigen würde, spricht für Frei/Greiner nicht gegen eine Zulassung. Vielmehr müsse mit der richtigen Setzung von Rahmenbedingungen dafür gesorgt werden, dass sowohl Ärzt/innen wie auch Psychotherapeut/innen einen Anreiz hätten, eine optimale und nicht eine maximale Versorgung zu erbringen. Die Einführung der Vertragsfreiheit und die Einführung von Fallpauschalvergütungen wären gemäss den Autoren zu ergreifende Massnahmen.

### 2.2.2.2 Beurteilung der Arbeiten

Wir kommen zu folgender genereller Einschätzung der Arbeiten:

■ Die Arbeit wurde grundsätzlich seriös durchgeführt. Es kann nicht argumentiert werden, dass die Autoren die Studie so angelegt haben, dass sie primär dem auftraggebenden Verband nützt. Die von den Autoren durchgeführte Diskussion der Ergebnisse ist differenziert und überschätzt die gefundenen Resultate nicht.

Allerdings wurde ein Studiendesign gewählt, das kein anderes Resultat ergeben konnte: Es wurden Einzelstudien über kosten-effektive Therapien zu Grunde gelegt und verallgemeinert. Der Schritt der Verallgemeinerung (Hochrechnung auf die Volkswirtschaft) muss daher zwingend auch auf der aggregierten Ebene dazu führen, dass die Kosten-Effektivität erhalten bleibt. So erstaunt es nicht, dass die Einsparungen die Kosten der Therapien überwiegen.

■ Das zentrale Problem der Arbeit liegt darin, dass sie von einem optimalen Einsatz von Psychotherapien ausgeht, so wie er sich im Ausland in kontrollierten Studien bewährt hat. Die Schweiz weicht aber im Einsatz von Therapien in der Praxis in mannigfacherweise von den (vor allem im Ausland durchgeführten) kontrollierten Studien ab. Insbesondere ist die durchschnittliche Therapiedauer wesentlich länger als die von Frei/Greiner unterstellte (von 15 Sitzungen). Weiter wird nicht berücksichtigt, dass das Einsparpotenzial nur dann realisiert werden kann, wenn es nicht zu Ausweichreaktionen bei anderen Leistungserbringer/innen kommt.

■ Die Studie von Frei/Greiner ist somit weniger eine auf die Schweiz bezogene, realitätsnahe Analyse als vielmehr eine Illustration des möglichen Wirkungspotenzials von Psychotherapien in einer idealen Welt, wenn sie also richtig eingesetzt werden und wenn es zu keinen Ausweichreaktionen kommt. Die Autoren sind sich dessen allerdings sehr bewusst, da sie ebenfalls feststellen, dass es in der Realität einen hohen Grad an Fehlversorgung gibt.

### Praktische Relevanz der Arbeiten für die Diskussion in der Schweiz

■ Die Arbeit ist interessant und zeigt auf, welches Kosten-Effektivitäts-Potenzial Psychotherapien in der Schweiz entfalten könnten, wenn sie optimal eingesetzt würden. Die Arbeit orientiert sich aber nicht an den effektiven Verhältnissen in der Schweiz, sondern an den im Ausland und in kontrollierten Studien gewonnen Erkenntnissen. Daher können die Ergebnisse nicht unmittelbar auf die in der Schweiz zur Zeit vorherrschenden Verhältnisse übertragen werden.

■ Das Ausmass möglicher Nettoeinsparungen durch den optimalen Einsatz von Psychotherapien ist beeindruckend. Es müsste daher ein Ziel darstellen, diese Einsparungen zu realisieren. Daher weist die Studie auf die Rahmenbedingungen hin, die ändern müssen, damit dieses Ziel erreicht werden kann (Einführung der Vertragsfreiheit etc.).

---

<sup>11</sup> Als «Ausweichreaktion» wird das Verhalten von somatischen Ärzt/innen bezeichnet, die auf den durch den verstärkten Einsatz von Psychotherapien ausgelösten Rückgang der Nachfrage nach ihren eigenen Dienstleistungen mit einer Mengenausdehnung bei anderen Patient/innen reagieren.

■ Die Arbeit gibt Hinweise auf Indikationsbereiche, wo der Einsatz von Psychotherapien besonders kosten-effektiv sein kann (Depressionen, Angststörungen). Auch hier gilt es darüber nachzudenken, welche Rahmenbedingungen notwendig sind, dass sich die Versorgungsstrukturen in diesen Bereichen entsprechend weiterentwickeln. Frei/Greiner sprechen im Zusammenhang mit den Operationsvorbereitungen auch von Psychotherapien. Dies ist irreführend, weil es sich in diesem Bereich um kurze psychologische Beratungen/Coaching und nicht um eigenständige Therapien handelt.

■ Die Autor/innen führen mit Blick auf eine mögliche Zulassung der nicht-ärztlichen Therapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung ein wichtiges und überzeugendes Argument an: Mögliche Ausweich- und Abwehrreaktionen der somatischen Leistungserbringer/innen dürfen nicht dazu führen, die nicht-ärztlichen Psychotherapeut/innen vom Einsatz kosten-effektiver Therapien abzuhalten. Vielmehr müssen die Anstrengungen darauf konzentriert werden, dass die genannten Ausweich- und Abwehrreaktionen durch ein geeignetes Setzen von Rahmenbedingungen verhindert werden.

### 2.2.3 Diskussion

Wird das Psychologieberufegesetz vom Parlament im Sinne des bundesrätlichen Entwurfs beschlossen, so wird damit eine Grundlage geschaffen, von der bei der Frage der Zulassung von Psycholog/innen bzw. Psychotherapeut/innen zur Abrechnung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgegangen werden kann. Ist diese Voraussetzung einmal gegeben, wird es darum gehen, die exakte Art und Weise des Zugangs zur Grundversicherung zu spezifizieren. Welchen Beitrag können die Arbeiten der beiden Autorenkollektive vor diesem Hintergrund liefern?

■ Beide Arbeiten wurden – trotz Vorbehalten in einzelnen Punkten – seriös erarbeitet. Ihre Ergebnisse sind interessant, wenn auch von unterschiedlicher praktischer Relevanz für die anstehenden Fragen.

■ Die Arbeiten von Beeler, Szucs und Lorenz bilden die Versorgungssituation des Jahres 2000 ab und bieten daher eine empirische Grundlage, um mögliche Auswirkungen einer Zulassung von nicht-ärztlichen Psychotherapeut/innen zu prüfen. Allerdings weist die Erhebung einige Nachteile auf, die je nach Szenario der Zulassung eine wichtige Rolle spielen kann (bspw. die mangelnde Datenqualität im Bereich der ärztlichen Grundversorger/innen bzw. im Bereich der delegierten Psychotherapien). Weiter hat sich seit dem Erhebungsjahr 2000 vor allem im Bereich der delegierten Psychotherapie einiges verändert. Es drängt sich daher auf, erneut eine verbesserte und inhaltlich ergänzte Erhebung zur Versorgungslage mit Psychotherapien durchzuführen.

■ Die Arbeiten von Frei und Greiner sind in verschiedener Hinsicht sehr hypothetisch. Ihr Wert liegt darin, dass sie eindrücklich dokumentieren können, dass der «richtige» Einsatz von Psychotherapien eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz aufweist.<sup>12</sup> Die mit dem Einsatz verbundenen Einsparungen in der somatischen Versorgung sind grösser als die durch die Therapien verursachten Kosten. Damit weisen sie nachhaltig darauf hin, dass erstens in der Krankenversicherung Rahmenbedingungen so zu schaffen sind, damit diese Einsparungspotenziale tatsächlich realisiert werden können. Dazu können bspw. die Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Versicherer und Leistungserbringer/innen sowie die Veränderung der Abgeltung von Ärzt/innen (hin zu pauschalen Lösungen) gehören. Zweitens müsste sich die Praxis der Psychotherapie den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Wirksamkeitsstudien annähern. Dies dürfte die Aufgabe der Institutionen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sein, aber auch von weiteren Regelungen abhängen (bspw. einem wirksamen Zweitmeinungsverfahren 4.3.1).

---

<sup>12</sup> Auszuschliessen ist der Bereich der (bereits heute häufig praktizierten) Operationsvorbereitungen, weil es sich hierbei nicht um Therapien, sondern um psychologische Kurzberatungen handelt.



### 3 Befragung von Expert/innen zu möglichen Zulassungsszenarien

Kapitel 3 dient der Darstellung der Ergebnisse der vom Büro für arbeits- und sozialpolitischen Studien (BASS) durchgeführten Expert/innen-Befragung. In Abschnitt 3.1 wird die Auswahl der Expert/innen und das methodische Vorgehen beschrieben. In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse, geordnet nach verschiedenen inhaltlichen Aspekten, präsentiert. Abschnitt 3.7 schliesst die Ausführungen mit einem Fazit ab.

#### 3.1 Auswahl der ExpertInnen, Vorgehen

Die auftraggebenden Organisationen BAG und Obsan gaben eine Liste von Expert/innen für die psychotherapeutische Versorgung und die Gesundheitspolitik vor, die kontaktiert werden konnten. Es ging dabei nicht darum, ein Vernehmlassungsverfahren durchzuführen und die Meinungen aller beteiligten Akteur/innen einzuholen. Zweck war vielmehr die Sammlung von Ansichten und Ideen, die dann in Szenarien verdichtet werden konnten. Nachfolgend wird daher nicht kenntlich gemacht, welches Argument von welchem/er Expert/in stammt. **Tabelle 4** listet die befragten Expert/innen auf. Insgesamt wurde mit den zehn Expert/innen ein ca. 1-stündiges Telefoninterview (N=6) bzw. ein Face-To-Face-Interview (N=4) durchgeführt. Die Interviews wurden handprotokolliert.

Tabelle 4: Liste der Befragten Expert/innen

Titel, Vorname, Name	Vertretene Organisation	Funktion innerhalb der Organisation	Ausbildung	Bezug zum Thema
Dr.med. Christian Bernath	Ärztliche Interessengemeinschaft Delegierte Psychotherapie	Präsident	Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie	Über die Organisation
Dr.phil. Stefan Dietrich	Gesellschaft delegierter arbeitender Psychotherapeuten und -therapeutinnen	Präsident	Psychoanalytiker	Über die Organisation
Dr.med. Hans Kurt	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie	Präsident	Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie	Über die Organisation
Dr.phil. Katharina Althaus	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen		Fachpsychologin für Psychotherapie FSP	Ehemalige Präsidentin FSP
Peter Schulthess	Schweizer Charta für Psychotherapie	Präsident	Psychotherapeut SPV	Über die Organisation
Roland Stähli	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich	Präventionsbeauftragter des Kantons Zürich	Psychologe FSP	Alt-Präsident des Kantonalverbandes der Zürcher Psychologen ZüPP, vormals Mitglied der Psychotherapiekommission des Kt. Zürich, Tätigkeit in der Psychotherapieforschung
Stefan Kaufmann	santésuisse	Vizedirektor	Ökonom	Über die Organisation
Dr.med. Ulrich Gabathuler	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich	Kantonsarzt	Arzt	Über die Organisation
Jürg Gassmann	Pro Mente Sana	Zentralsekretär	Jurist	Über die Organisation
Dr.med. Pedro Koch	Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, Sektion Medizinische Leistungen	Sektionschef	Arzt	Über die Organisation

Quelle: Eigene Darstellung

Die in den nachfolgenden Abschnitten dargelegten Ergebnisse spiegeln die Meinungen der befragten Expert/innen wider. Diesbezüglich möchten wir folgende Vorbemerkungen anbringen:

■ Die Meinungen der Expert/innen differenzieren teilweise nicht gemäss der in der psychotherapeutischen Realität vorkommenden Unterschiede. Dies war im Rahmen eines einstündigen Gesprächs, das zu sehr vielen verschiedenen Aspekten geführt wurde, nicht möglich.

■ Die Expert/innen sind nicht in allen Fragen gleicher Meinung. Die Meinungen werden so wiedergegeben wie sie gemacht wurden und somit nicht weiter eingeordnet.

■ Teilweise nehmen die Expert/innen auch Bezug auf die Ergebnisse der Forschung. Dabei sind wir nicht mit allen Aussagen einverstanden. In Abschnitt 2.1 haben wir bereits aus unserer Sicht die wichtigsten und im vorliegenden Zusammenhang relevanten Ergebnisse der Forschung als Grundlage für die Entwicklung der Szenarien zusammengefasst.

## 3.2 Grundsätzliche Überlegungen zur Zulassung psychologischer Psychotherapeut/innen zur Grundversicherung

### Grundhaltung zur Frage der Zulassung

Alle Expert/innen vertraten einhellig die Ansicht, dass psychologische Psychotherapeut/innen, die bestimmte Qualifikationen mitbringen, ihre Leistungen in der einen oder anderen Art selbständig über die Grundversicherung abrechnen können sollten. Teilweise wurde darauf hingewiesen, dass dies bereits bei der Einführung des KVG versprochen worden sei.

Als Gründe für die Zulassung wurde eine doppelte Gleichberechtigung angeführt: (a) Gleichberechtigung von Berufen: Die psychologischen Psychotherapeut/innen würden über eine spezifische Fachkompetenz verfügen, die sie für die Erbringung dieser Dienstleistung qualifiziert. Die Qualifikationen seien insbesondere nicht geringer als diejenigen von ärztlichen Therapeut/innen. Daher würde keine sachliche Grundlage für eine Diskriminierung der psychologischen Therapeut/innen bestehen. (b) Gleichberechtigung von Kranken: Heute würden psychisch kranke Menschen, die ihre Therapie selbst bezahlen (über die Zusatzversicherungen oder als Selbstzahler/innen) gegenüber den somatisch Kranken benachteiligt.

Ein weiteres Argument für die Zulassung zur selbständigen Abrechnung sei die Existenz der delegierten Therapien: Hier würden bereits psychologische Therapeut/innen zur (indirekten) Abrechnung zugelassen. Die selbständige Zulassung sei daher nicht völlig neu. Weiter wurde angeführt, dass heute eine Versorgungslücke mit psychotherapeutischen Leistungen bestehen würde, die sich vor allem in ländlichen Gebieten zeigen würde. Auch hätten die Psychiater/innen Nachwuchsprobleme. Ein Bedarf an zusätzlichen Leistungserbringer/innen sei daher ausgewiesen.

Ein Experte schlug vor, dass eine Zulassung zeitlich ca. 1 bis 2 Jahre nach der Einführung des Psychologieberufegesetzes erfolgen sollte, damit Erfahrungen mit dem neuen Gesetz bereits bestehen würden.

### Therapeut/innen: Wer soll zugelassen werden, wer nicht (mehr)?

Für alle Expert/innen bildet das kommende Psychologieberufegesetz die massgebende Richtschnur, um die Zulassung zur Abrechnung über die Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP) zu diskutieren. Dies bedeutet für alle Befragten, dass nur noch qualifizierte Personen Psychotherapien durchführen dürfen. Verschiedene Expert/innen weisen darauf hin, dass das Psychologieberufegesetz auch indirekt Auswirkungen auf die Ärzt/innen haben dürfte. Insbesondere sei zu erwarten, dass Ärzt/innen (Grundversorger/innen) ohne entsprechende psychotherapeutische Weiterbildung, die derjenigen der Psychotherapeut/innen nach PsyG äquivalent ist, nicht mehr zur Abrechnung über die Grundversicherung zugelassen werden.

Ein Experte vertrat allerdings die Ansicht, dass dies einer grundsätzlichen Abkehr von der Konstruktionsidee des KVG entsprechen würde. Das KVG ginge davon aus, dass den Ärzt/innen nicht vorgeschrieben würde, welche Leistungen sie abrechnen können und welche nicht. Vielmehr würde es in ihrer Kompetenz liegen, dies selbst zu entscheiden. Dieser Experte würde über die Tarife Anreize schaffen. Für Ärzt/innen ohne psychotherapeutische Weiterbildung gäbe es einen deutlich tieferen Tarif für psychotherapeutische Leistungen als für die entsprechend ausgebildeten Ärzt/innen bzw. nicht-ärztlichen Therapeut/innen.

Trotz den absehbaren Regelungen im PsyG gingen die Meinungen bei der Frage, ob ein Psychologieabschluss an einer fachlichen oder universitären Hochschule eine notwendige Voraussetzung für die Abrechnung über die Grundversicherung darstelle, weit auseinander. Die einen Expert/innen argumentierten, dass wissenschaftlich-psychologisches Grundwissen eine unabdingbare Voraussetzung für das Durchführen von Psychotherapien darstellen würde. Die anderen Expert/innen vertraten die Meinung, dass andere Hochschulabschlüsse – sofern entsprechende psychotherapeutische Weiterbildungen erfolgen würden – ebenso gut geeignet seien.

Insbesondere wurde auch darauf hingewiesen, dass faire Übergangsregelungen zu schaffen seien, die den heute praktizierenden Therapeut/innen in einer vernünftigen Zeitspanne die Möglichkeit geben würden, die entsprechenden Bedingungen für die Zulassung zu erfüllen.

Heute gibt es bei den delegiert arbeitenden Therapeut/innen Personen, die keine oder eine ungenügende psychotherapeutische Weiterbildung aufweisen. Die Expert/innen waren sich einig, dass derartige Leistungen zukünftig nicht mehr über die Grundversicherung bezahlt werden sollten. Allerdings schlugen verschiedene Expert/innen vor, delegierte Therapien auch in Zukunft zuzulassen, damit Therapeut/innen in Ausbildung Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung hätten.

#### **Therapiemethoden: Generelle und eingeschränkte Zulassung?**

Bei der Frage, ob nur bestimmte Therapiemethoden für die Abrechnung über die Grundversicherung zugelassen werden sollten, äusserten sich die meisten Expert/innen dahingehend, dass dies nicht sinnvoll sei. Es wurde u.a. darauf hingewiesen, dass ca. 2/3 der Wirksamkeitsfaktoren von Therapien methodenunabhängig sei. Für den Rest der methodenabhängigen Faktoren würde man keine systematischen Wirksamkeitsunterschiede nach Methoden nachweisen können. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass es dem/der Therapeut/in zu überlassen sei, welche Therapie in welche Situation adäquat sei. Dazu seien sie entsprechend ausgebildet worden. Ein Experte wies allerdings darauf hin, dass es notwendig sei, dass man mindestens zwei verschiedene Therapiemethoden beherrschen würde. Dies könnte bspw. bei der Zulassung der Therapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung als entsprechende Forderung gestellt werden.

Es gab auch Expert/innen, die eine Einschränkung bei den Therapierichtungen befürworteten. Die einzelnen Richtungen hätten zuerst ihre Wirksamkeit nachzuweisen (Stichwort Evidence Based Medicine). Erst dann würden sie zugelassen. Ein anderer Experte war der Meinung, man könne sich bei der Zulassung auf drei therapeutische Richtungen (analytisch orientierte Therapien, Verhaltenstherapien, systemische Therapien) beschränken. Damit würden insbesondere «Therapien» ausgeschlossen, die gemäss dem Experten diesen Namen nicht verdienen würden (bspw. «Urschrei-Therapie»).

Alle Expert/innen wiesen auch darauf hin, dass jede Therapierichtung durch Begleitforschungen belegt werden soll, dass die Wirksamkeit vorhanden ist. Diese Forschungen seien auch zu erneuern, damit sie den aktuellen gesellschaftlichen Verhältnissen angepasst werden könnten.

Ein Experte wies darauf hin, dass das KVG bereits heute den Artikel 32 kennt, in dem die «WZW»-Bedingung verankert sei. Demnach müssten die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Es sei daher nicht notwendig, durch weitergehende Regulierung zu spezifizieren, wann eine Leistung die WZW-Bedingungen erfüllt und wann nicht. Vielmehr würde es an den Versicherern liegen, für die Einhaltung der WZW-Bedingung zu sorgen.

#### **Krankheiten: Generelle und eingeschränkte Zulassung?**

Die meisten Expert/innen waren der Ansicht, dass alle F-Diagnosen aus der ICD-10 Klassifikation oder die entsprechenden Diagnosen aus dem Klassifikationssystem DSM IV für eine Psychotherapie, die über die Grundversicherung zu bezahlen ist, zugelassen werden sollten. Eine weitergehende Einschränkung auf bestimmte Krankheiten/Störungen wurde nicht befürwortet. Ein Experte war allerdings der Meinung, dass eine Einschränkung auf ausgewählte F-Diagnosen erfolgen sollte. Er nannte aber keinen Ansatzpunkt, wie die über die Grundversicherung abrechenbaren Krankheiten bestimmt werden könnten. Ausschlaggebend war für ihn, dass so ein «ungebremstes Kostenwachstum» verhindert werden könne.

#### **Zulassung nur für bestimmte Kombinationen von Therapiemethoden und Krankheiten?**

Die meisten Expert/innen sind der Meinung, dass die wissenschaftlichen Grundlagen heute noch zu wenig eindeutig seien, dass für bestimmte Krankheiten nur bestimmte Therapiemethoden zugelassen werden könnten.<sup>13</sup> Dies sei auch vor dem Hintergrund, dass der Therapieerfolg nur teilweise von der Methode abhängt, nicht angezeigt. Selbst wenn die wissenschaftlichen Grundlagen vorliegen würden, sind viele Expert/innen der Meinung, dass die fixe Zuteilung von Störungen und Therapiemethoden eine Überregulierung darstellen würde, die in der Praxis kaum durchsetzbar und kontrollierbar wäre. Dem Missbrauch wären Tür und Tor geöffnet. Ein Experte weist auch darauf hin, dass es in der Kompetenz der gut ausgebildeten Therapeut/innen liegen müsse, die richtige Methode für eine bestimmte Störung und eine/n bestimmte/n Patient/in zu wählen. Allerdings müssten daher die Therapeut/innen auch Kenntnisse über mehr als eine Methode aufweisen.

Obschon sie die erwähnten Einwände als berechtigt einschätzen, äussern sich zwei Expert/innen dahingehend, dass eine fixe Zuordnung Therapie-Störung eine grosse Faszination ausübe. Man solle eine solche Zuordnung daher als Fernziel betrachten.

#### **Wann liegt eine Störung von Krankheitswert vor?**

Die ICD-10-Klassifizierung wurde von den meisten Expert/innen auch als Referenz dafür angegeben, um zu entscheiden, ob eine Krankheit/Störung vorliegt, deren Therapie über die Grundversicherung abgerechnet werden soll, oder ob es bspw. eher um Massnahmen für die Persönlichkeitsentwicklung geht. Als wesentliche Beurteilungselemente bei der Diagnosestellung wurde angeführt, dass ein individueller Leidensdruck sowie ein Leidensdruck des sozialen Umfeldes da sein müsse.

Die meisten Expert/innen bestreiten allerdings nicht, dass es im Einzelfall – wie im somatischen Bereich auch – zu schwierigen Einschätzungen kommen kann, ob eine Störung mit Krankheitswert vorliegt. Ein Experte weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass im Gegensatz zum somatischen Bereich im psychischen Bereich «mehr» nicht schlechter sein müsse als «weniger». Er ist der Ansicht, dass Therapien so oder so über ein beträchtliches Potenzial verfügen würden, um zukünftige somatische Kosten einzuspa-

---

<sup>13</sup> An dieser Stelle erlauben wir uns den Hinweis, dass wir bezüglich der Beurteilung der wissenschaftlichen Grundlagen mit den Expert/innen nicht einer Meinung sind. In Abschnitt 2.1. führen wir die aus unserer Sicht wichtigsten Erkenntnisse der Literatur auf.



ren. Somit sei eine Therapie in einem frühen Krankheitsstadium eine gute präventive Massnahme. Ein anderer Experte führt ein weiteres Argument an: Leichtere psychische Störungen, die noch keine klare Diagnose nach ICD-10 zulassen würden, würden sich ohne Therapie u.U. zu schwereren psychischen Störungen entwickeln. Daher sei im Zweifelsfalle eher eine Therapie durchzuführen.

Neben diesen grundsätzlichen Übereinstimmungen erwähnten verschiedene Expert/innen auch Einzelaspekte:

■ Ein Experte führt aus, dass bei somatischen Krankheiten nicht zwischen leichten und schweren Krankheiten unterschieden würde, wobei dann nur die Behandlung von schweren Krankheiten von der Grundversicherung übernommen würde. Jeder und jede könne mit einer leichten Grippe zu den Grundversorger/innen, auch wenn diese die Patient/innen ohne wesentliche Behandlung wieder nach Hause schicken würden. Es sei daher nicht einzusehen, warum bei den psychischen Krankheiten eine hohe Schwelle eingerichtet werden sollte.

■ Ein Experte könnte sich vorstellen, dass bei unklaren Diagnosestellungen eine Zweitmeinung eingeholt werden muss.

■ Ein Experte erwähnt, dass Psychotherapien für Patient/innen «nicht lustig» seien. Es sei daher kaum zu befürchten, dass nicht notwendige Therapien in grosser Zahl durchgeführt würden.

■ Ein Experte weist auch darauf hin, dass die Feststellung von psychischen Krankheiten sehr viel mit dem zu tun habe, was in einer Gesellschaft als Norm gelte. Weiche jemand stark von der Norm ab, dann würde rascher eine psychische Störung angenommen. Da sich aber die Normen fortlaufend verändern würden, sei auch die Definition dessen, was eine psychische Störung sei, im Fluss.

#### **Wer stellt die Diagnose und verordnet eine Psychotherapie?**

Ganz offensichtlich stellt sich die zentrale Frage, wer die Diagnosestellung vornimmt und die Indikation für eine Psychotherapie stellt. Hier gehen die Meinungen der Expert/innen stark auseinander. Die einen sehen diese Aufgabe klar bei einem Arzt bzw. bei einer Ärztin. Die anderen beurteilen die Qualifikationen der psychologischen Psychotherapeut/innen als ausreichend (bzw. teilweise sogar als besser), um diese Aufgabe (auch) wahrzunehmen. Die Variante «Ärzt/in» wird u.a. mit der Konzeption des KVG begründet. Das KVG würde die Ärzt/innen ins Zentrum der Versorgung stellen. Aufgrund ihrer Kompetenzen würde ihnen zugetraut, dass sie die richtigen diagnostischen und therapeutischen Mittel einsetzen. Daher sei auf eine Positivliste von Massnahmen verzichtet worden. Es sei auch an den Ärzt/innen, Patient/innen gegebenenfalls an Spezialist/innen (Fachärzt/innen, aber bspw. auch Physiotherapeut/innen) weiterzuweisen. Es sei daher insgesamt sachlogisch, dass die Ärzt/innen auch die Diagnosestellung bei psychischen Krankheiten vornehmen würden. Weiter wurde angeführt, dass es für eine korrekte Diagnosestellung auch viel Erfahrung aus dem klinischen Bereich brauche. Psychologische Psychotherapeut/innen würden diese Qualifikationen sehr oft nicht mitbringen. Ein Experte ist zudem der Meinung, dass der freie Zugang zu psychologischen Psychotherapeut/innen nicht zwingend zu einer gezielten Zuweisung führen würde. Er weist darauf hin, dass vielen Patient/innen die Informationen fehlen würden, den bzw. die richtige/n Therapeut/in auszuwählen. Daher sei es sinnvoll, wenn dies der/die Grundversorger/in vornehmen würde.

Mehrere Experten sind darüber hinaus der Meinung, dass mit Blick auf die kommende Revision des KVG sowie mit Blick in die nahe Zukunft davon ausgegangen werden könne, dass Managed-Care immer wichtiger würde. Der/die Arzt/Ärztin und dabei vor allem die Grundversorger/innen werden somit noch mehr ins Zentrum der Versorgung kommen. Da sei es nicht angezeigt, neue Leistungserbringer/innen zuzulassen, die unabhängig von der zentralen Schaltstelle wirken könnten.

Demgegenüber wird von anderen Expert/innen argumentiert, dass vor allem Grundversorger/innen sehr oft die psychischen Krankheiten nicht oder zu spät erkennen würden. Daher würden zu viele Krankheiten

zu lange somatisch statt ergänzend oder ersetzend psychotherapeutisch behandelt. Es sei daher notwendig, dass sich Patient/innen auch direkt bei psychologischen Psychotherapeut/innen melden könnten. Weiter wird argumentiert, dass es für psychisch kranke Menschen sehr oft schwierig sei, ihre Probleme bei den Grundversorger/innen vorzubringen. Psychiater/innen würden selten direkt angegangen, weil sehr viele Menschen von der Psychiatrie denken würden, dass dort nur die ganz schweren psychischen Krankheiten behandelt würden. Es brauche daher ein Versorgungsangebot mit einer niedrigen Schwelle, und dies würden die psychologischen Psychotherapeut/innen darstellen.

### 3.3 Vor- und Nachteile verschiedener Zugangsmodi zu von der Grundversicherung bezahlten psychologischen Psychotherapeut/innen

Den befragten Expert/innen wurden vier verschiedene Grundvarianten der Regelung des Zugangs zu psychologischen Psychotherapien, die über die Grundversicherung übernommen werden, zur Beurteilung vorgelegt:

■ **Variante 1 - Delegation:** Bei der Delegation kann eine ärztlich ausgebildete Person die Psychotherapie an eine/einen psychologischen Psychotherapeut/in delegieren. Der/die delegierende Arzt/Ärztin entscheidet über die Therapieform und über die Therapiedauer.

■ **Variante 2 - Überweisung:** Bei der Überweisung kann eine ärztlich ausgebildete Person eine/n Patient/in zwecks Durchführung einer Psychotherapie an eine/einen psychologischen Psychotherapeut/in überweisen. Die psychologischen Psychotherapeut/innen entscheiden aufgrund der Überweisungsunterlagen selbständig über die Form und die Dauer der Therapien. Eine Zustimmung der überweisenden ärztlichen Person ist nicht notwendig.

■ **Variante 3 - Freier Zugang mit Auflagen:** Bei der Variante «Freier Zugang mit Auflagen» können die Patient/innen von sich aus frei wählen, ob sie sich von einem/einer ärztlichen Psychotherapeut/in oder von einem/einer psychologischen Psychotherapeut/in behandeln lassen wollen. Allerdings werden bei den psychologischen Psychotherapeut/innen Auflagen gemacht, damit die Leistungen über die Grundversicherung verrechnet werden können. Bei den Auflagen gibt es (mindestens) vier Möglichkeiten:

- |               |  |
|---------------|--|
| Möglichkeit 1 | Der/die psychologische Psychotherapeut/in stellt bei der zuständigen Krankenversicherung einen Antrag für die Durchführung einer Therapie. Gleichzeitig und unabhängig vom Antrag des/der Psychotherapeut/in muss ein/eine Arzt/Ärztin in einem <b>Gutachten</b> die Therapienotwendigkeit bestätigen. Die Versicherung entscheidet über den Antrag. |
| Möglichkeit 2 | Überschreitet die Therapiedauer eine bestimmte Grenze, muss bei einem/einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeut/in eine <b>Zweitmeinung</b> eingeholt werden. Die Therapie kann nur fortgesetzt werden, wenn der/die Zweitgutachter/in zustimmt.   |
| Möglichkeit 3 | Überschreitet die Therapiedauer eine bestimmte Grenze, muss der Fall mit einem/einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeut/in besprochen werden. Der/die Erst-Therapeut/in entscheidet über die Fortsetzung der Therapie ( <b>psychotherapeutische Konsultationspflicht</b> ).   |
| Möglichkeit 4 | Eine Therapie eines/einer psychologischen Psychotherapeut/in kann nur begonnen werden, wenn der/die Patient/in vorher von einem/einer somatischen Arzt/in untersucht worden ist ( <b>somatische Konsultationspflicht</b> ).  |

■ **Variante 4 - Freier Zugang ohne Auflagen:** Bei der Variante «Freier Zugang ohne Auflagen» können die Patient/innen von sich aus frei wählen, ob sie sich von einem/einer ärztlichen Psychotherapeut/in oder

von einem/einer psychologischen Psychotherapeut/in behandeln lassen wollen. Bei den psychologischen Psychotherapeut/innen werden im Unterschied zu Variante 3 keine weiteren Auflagen gemacht, damit die Leistungen über die Grundversicherung verrechnet werden können.

Nachfolgend werden die Beurteilungen der Expert/innen geordnet nach den vier Varianten präsentiert.

#### 3.3.1 Variante 1: Delegation

##### Vor- und Nachteile der Variante «Delegation»

Die Expert/innen sind einheitlich der Meinung, dass das Modell «Delegation» ausgedient hat. Es sei ein «Auslaufmodell» und entspreche nicht mehr den heutigen Gegebenheiten. Das Delegationsverhältnis sei für angehende Therapeut/innen in der zweiten Hälfte ihrer Ausbildung nach wie vor sinnvoll. Für diese Gruppe sollte es daher beibehalten werden können. Konkret sehen die Expert/innen folgende Vor- und Nachteile einer Zulassung zur Grundversicherung nach dem Delegationsmodell:

##### Vorteile «Delegation» (V1)

■ Der Arzt / die Ärztin wird fest in den psychotherapeutischen Prozess eingebunden. Somatische Probleme werden in der Folge weniger häufig übersehen.

■ Wenn Medikamente eingesetzt werden müssen, ist dies beim Delegationsverhältnis rasch und unkompliziert möglich.

■ Bei psychotischen und psychosomatischen Störungen ist die enge Zusammenarbeit zwischen somatischen Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen besonders wichtig. Dies ist bei der Delegation automatisch gewährleistet.

■ Der/die Arzt/Ärztin könne die Qualität des/der Therapeut/in kontrollieren. Dies sei wichtig, weil der/die Therapeut/in unbedingt einige Jahre Berufserfahrung haben müsse, bevor die Therapien erfolgsversprechend angewendet werden könnten.<sup>14</sup>

■ Durch die Auswahl der Personen können die Ärzt/innen auch Einfluss auf die anzuwendende Therapierichtung nehmen. Dies garantiert die psychotherapeutische Methodenvielfalt. Bei den anderen Varianten würden bald nur noch kurze Therapien angeboten.

##### Nachteile «Delegation» (V1)

■ Psychologische Psychotherapeut/innen haben eine langjährige akademische Aus- und Weiterbildung hinter sich. Es ist daher nicht einzusehen, wieso sie nicht selbständig tätig sein können und sich von einem Arzt bzw. von einer Ärztin anstellen lassen müssen. Die führt zu einem problematischen Hierarchieverhältnis, das auch den Therapieerfolg beeinträchtigen kann.

■ Der Zugang zu psychologischen Psychotherapeut/innen bleibt wie heute beschränkt, weil zuerst die Schwelle zu einem/einer Arzt/Ärztin überwunden werden muss. Die Unterversorgung mit Therapien könne so nicht beseitigt werden.

■ Die Aufsichts- und Kontrollpflicht kann von vielen Ärzt/innen nur mangelhaft wahrgenommen werden, weil ihnen die entsprechenden Qualifikationen fehlen. In der Folge würden schon heute viele angestellte psychologische Therapeut/innen mehr oder weniger selbständig arbeiten.

■ Wenn akzeptiert ist, dass die Psychotherapie eine wirksame Heilmethode darstelle, so dürfen die auf diese Methode spezialisierten Berufsleute nicht an einer selbständige Berufsausübung gehindert werden.

■ Die Verantwortung für die Psychotherapie soll bei den Psychotherapeut/innen liegen. Sie sollen für ihre Handlungen rechen-schaftspflichtig sein. Daher ist ein Anstellungsverhältnis nicht angemessen.

■ Das Psychologieberufegesetz wird die Basis für die selbständige Berufsausbildung von Psycholog/innen legen. Somit stellt es einen Widerspruch dar, wenn im KVG nur ein Abhängigkeitsverhältnis zugelassen wird.

<sup>14</sup> An dieser Stelle erlauben wir uns den Hinweis, dass der empirische Nachweis der positiven Wirkungen von Berufserfahrungen erstaunlich mangelhaft ist. Zudem ist unklar, ob und wie nicht spezialisierte Ärzt/innen die Qualität von Psychotherapeut/innen kontrollieren können.

#### Vorteile «Delegation» (V1)

#### Nachteile «Delegation» (V1)

- Auch wird ein Widerspruch zwischen dem Delegationsverhältnis im KVG und den kantonalen Zulassungen für die selbständige Berufsausübung gesehen.

#### Zu prüfende ergänzende Regelungen bei der Variante «Delegation»

Obschon das Delegationsverhältnis als alleiniger Zugangsweg zu psychologischen Psychotherapien bei den Expert/innen auf Ablehnung stösst, wurden noch ergänzende Fragen gestellt:

■ **Wer soll Psychotherapien delegieren können?** Eine Mehrheit der Expert/innen ist der Ansicht, dass nur psychotherapeutisch qualifizierte Ärzt/innen Psychotherapien delegieren sollten. Dazu zählen sie Psychiater/innen und Ärzt/innen mit einer «guten» psychotherapeutischen Weiterbildung oder mit einem entsprechenden Delegations-Fähigkeitsausweis wie er bspw. bereits im Kanton Zürich verlangt wird. Eine Minderheit der Expert/innen ist allerdings der Ansicht, dass eine Delegation von allen Ärzt/innen vorgenommen werden können sollte. Es sei unsinnig, Patient/innen vom/von der Hausarzt/Hausärztin zu einem/r Psychiater/in zu überweisen, der/die seinerseits/ihrerseits die Therapie dann an eine/n psychologischen Psychotherapeut/in weiterdelegiere. Dies könne direkt vom/von der Hausärzt/in vorgenommen werden. Ein Experte würde bei psychologischen Therapeut/innen in Ausbildung die Delegation nur bei Psychiater/innen zulassen, bei den fertig ausgebildeten Therapeut/innen dann aber bei allen Ärzt/innen.

■ **Sollten regelmässige Fallbesprechungen stattfinden?** Die deutliche Mehrheit der Expert/innen sind der Meinung, dass solche Besprechungen stattfinden sollten. Der Arzt bzw. die Ärztin würde die Verantwortung bei der Delegation tragen. Daher sei es sachlogisch, dass derartige Besprechungen stattfinden würden. Eine Minderheit ist der Ansicht, dass Besprechungen nur dann sinnvoll sind, wenn es der Fall erfordern würde.

■ **Sollten die delegiert arbeitenden psychologischen Therapeut/innen auch ausserhalb der ärztlichen Praxis arbeiten können?** Hier gehen die Meinung stark auseinander. Die eine Hälfte der Expert/innen vertritt die Meinung, dass der enge Kontakt zwischen Arzt/Ärztin und Therapeut/in der Sinn des Delegationsverhältnisses sei. Dies sei am besten in den Praxisräumen des/der Arztes/Ärztin möglich. Die andere Hälfte der Expert/innen vertritt die Ansicht, dass die Zusammenarbeit nicht von der räumlichen Situation abhängt, sondern von den beteiligten Personen.

■ **Sollten die delegiert arbeitenden psychologischen Therapeut/innen auf eigene Rechnung arbeiten können?** Die Expert/innen sind hier fast ausnahmslos der Meinung, dass dies nicht möglich sein soll. Das Anstellungsverhältnis und die Verantwortung des/der Arztes/Ärztin würden zwingend dazu führen, dass die ärztliche Person die Rechnung zu stellen habe. Ein Experte schlägt vor, dass neben dem Anstellungsverhältnis auch ein Auftragsverhältnis denkbar sein könnte. Bei einem solchen wäre die selbständige Rechnungsstellung selbstverständlich. Ein anderer Experte macht den Vergleich zur Physiotherapie und kommt daher zum Schluss, dass die eigene Rechnungsstellung auch bei der delegierten Psychotherapie möglich sein sollte.

#### Mögliche Kostenfolgen der Variante «Delegation»

Allen Expert/innen fiel es schwer, konkrete Schätzungen über mögliche Kostenfolgen irgend einer der vier diskutierten Varianten vorzunehmen. Sie stellten aber bei jeder Zulassungsvariante qualitative Überlegungen an. Wenn in Zukunft die Delegation die einzige Variante des Zugangs zu psychologischen Psychotherapeut/innen wäre, die von der Grundversicherung übernommen würde, dann seien gemäss den Expert/innen folgende Überlegungen relevant:

■ Da es für psychologische Psychotherapeut/innen, die ihre Leistungen über die Grundversicherung abrechnen möchten, die einzige Arbeitsmöglichkeit wäre, so würde das Angebot an delegierten Therapien

zunehmen, wenn die finanzielle Abgeltung ausreichend hoch ist. Dies sei zum Teil schon heute beobachtbar, seit durch Tarmed der Tarif für delegiert arbeitende Therapeut/innen zugenommen habe. Wenn allerdings der Tarif zu wenig attraktiv wäre – die Differenz zu dem auf dem freien Markt zu erzielenden Einkommen zu hoch –, dann würden sich kaum wesentlich mehr Therapeut/innen anstellen lassen.

■ Delegierte Arbeitsverhältnisse seien für teilzeitarbeitende Therapeut/innen und somit gerade auch für Frauen sehr interessant. Da in den Psychologiestudien der Frauenanteil stark zunehme, sei es vorstellbar, dass auch die delegierten Arbeitsverhältnisse zunehmen würden.

■ Ein Experte ist der Meinung, dass die Zunahme der Kosten bei der Variante Delegation gleich hoch sein würde wie bei den anderen drei Varianten, wenn die Bezahlung von Psychiater/innen und psychologischen Therapeut/innen gleich hoch sei.

■ Ein Experte äusserte die Ansicht, dass nach der Einführung des Psychologieberufegesetzes im KVG auf dieses abgestellt würde. Somit würden nicht mehr alle heute delegiert arbeitenden Therapeut/innen auch noch in Zukunft über die Grundversicherung abrechnen können, weil sie nicht über die entsprechenden im PsyG geforderten Qualifikationen verfügen würden. Daher könne auch sein, dass die Kosten in der Grundversicherung zurückgehen würden.

Es gab auch Expert/innen, die eine konkrete Zahl nannten. So ist ein Experte der Ansicht, dass die Kosten in der Grundversicherung um 25 Prozent zunehmen würden.

### 3.3.2 Variante 2: Überweisung

#### Vor- und Nachteile der Variante «Überweisung»

Alle Expert/innen ziehen die Variante «Überweisung» der Variante «Delegation» vor. Für einige Expert/innen ist sie sogar die bevorzugte Variante, für andere dagegen geht sie noch zu wenig weit, weil – dies als der zentrale der genannten Nachteile – der Zugang zu psychologischen Therapien noch immer zu stark eingeschränkt sei. Somit könne sich die Versorgungslage nicht entscheidend verbessern. Konkret wurden folgende Vor- und Nachteile erwähnt:

#### Vorteile «Überweisung» (V2)

- Der Krankheitswert der Störung wird durch einen/eine Arzt/Ärztin beurteilt
- Die Variante «Überweisung» entspreche dem Gatekeeper-Modell, welches ganz generell in der gesundheitspolitischen Diskussion immer mehr an Attraktivität erlange. Der Gatekeeper könne eine gezielte Steuerung vornehmen und den Fall betreuen. Dies sei wünschbar.
- Patient/innen haben zu wenige Informationen, um den/die richtige Therapeut/in auszuwählen. Ein Arzt, eine Ärztin kann hier mit dem grösseren Wissen und der Erfahrung steuernd und ressourcenschonend leiten.

#### Nachteile «Überweisung» (V2)

- Der Zugang zu psychologischen Psychotherapien ist gegenüber der Variante «Delegation» verbessert, aber noch immer erschwert, weil zuerst zwingend ein/e Arzt/Ärztin konsultiert werden muss.
- Die freie Wahl der Therapiemethode sei nicht gewährleistet.
- Viele Grundversorger/innen würden die psychischen Störungen zu wenig gut erkennen. Damit würde sich dieser heute bereits bestehende Nachteil nicht verbessern.

#### **Vorteile «Überweisung» (V2)**

■ Sollte der Einsatz von Medikamenten notwendig sein, so könne dies vorgenommen werden.

■ Der/die Therapeut/in kann gegenüber der Variante «Delegation» sehr frei und auf eigene Verantwortung arbeiten.

■ Wenn die Zusammenarbeit zwischen den Ärzt/innen und den psychologischen Therapeut/innen gut funktionieren würde, dann sei dies eine gute Variante.

■ Die psychologischen Therapeut/innen könnten selbständig arbeiten. Dies entspreche ihren Qualifikationen.

#### **Nachteile «Überweisung» (V2)**

■ Wenn sich die Patient/innen direkt bei den selbständigen Therapeut/innen melden, dann müssten diese sie zuerst zu einem/einer Arzt/Ärztin überweisen. Wenn mit einer Therapie rasch begonnen werden sollte, stelle dies einen wesentlichen Nachteil dar. In der Diagnosestellung gäbe es keine Überlegenheit der Ärzt/innen. Daher sollten auch die selbständigen psychologischen Therapeut/innen diesen Schritt vollziehen können.

■ Ist die Überweisung einmal erfolgt, wird den somatischen Aspekten der Erkrankung u.U. zuwenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dies könne sich auch im Bereich der Medikamente auswirken, indem diese ev. zu selten eingesetzt würden.

■ Bei der Überweisung bestehe die Gefahr, dass die Psychiater/innen die interessanten Fälle für sich behalten würden und die weniger interessanten Fälle überweisen würden. Ein solches Machtgefälle sei nicht im Interesse der Patient/innen.

■ Für die selbständige Durchführung von Psychotherapien brauche es eine stattliche Anzahl von Erfahrungsjahren. Je nach Überweisungsmodus könne nicht kontrolliert werden, ob der/die Therapeut/in diese Erfahrung aufweise. Dies sei gegenüber der Variante «Delegation» ein Nachteil. Ganz generell könne die Qualität der Therapie nicht mehr kontrolliert werden.

■ Die Variante «Überweisung» würde den Therapeut/innen die Möglichkeit geben, ohne Kontrolle Langzeitbehandlungen durchzuführen. Dies würde zu einer starken Kostenzunahme führen.

#### **Zu prüfende ergänzende Regelungen bei der Variante «Überweisung»**

Auch bei der Variante «Überweisung» wurden die Meinungen zu ergänzenden Regelungen eingeholt:

■ **Wer soll überweisen können?** Die Expert/innen waren nahezu ausnahmslos der Ansicht, dass alle Ärzt/innen Überweisungen vornehmen können sollten. Dies im Unterschied zur Variante Delegation, bei der die meisten Expert/innen der Ansicht waren, dass eine bestimmte psychotherapeutische Qualifikation bei den delegierenden Ärzt/innen vorhanden sein müsse. Ein Experte wies auch darauf hin, dass heute die Überweisungsmöglichkeit bei allen Krankheiten ganz grundsätzlich nicht auf bestimmte Ärzt/innen-Gruppen beschränkt werde. Es sei nicht einzusehen, warum dies hier so sein solle.

Ein Experte vertrat allerdings die Meinung, dass auch bei der Überweisung psychotherapeutische Qualifikationen der Ärzt/innen zu fordern seien. Um dieser Gruppe von Ärzt/innen aber nicht zu viel Macht zu geben, schlug dieser Experte neu zu schaffende «Triagezentren» vor, die ausschliesslich Überweisungen, aber keine eigenen Behandlungen vornehmen würden. Ein weiterer Experte würde die Überweisungsmöglichkeit auch auf psychotherapeutisch qualifizierte Ärzt/innen einschränken wollen, damit bei den schweren psychischen Krankheiten garantiert sei, dass diese Patient/innen bereits bei der Erstanlaufstelle in guten Händen seien.

Von den Expert/innen nicht thematisiert wurde die mögliche Einschränkung auf Ärzt/innen mit psychodiagnostischen Fortbildungen.

■ **Sollten regelmässige Fallbesprechungen erfolgen?** Die meisten Expert/innen waren ganz klar der Ansicht, dass Fallbesprechungen nicht vorgeschrieben werden sollten, auch wenn sie im Bedarfsfall sicher vorzunehmen seien. Bei der Variante «Überweisung» würden zum Teil die Ärzt/innen nicht über die notwendigen psychotherapeutischen Qualifikationen verfügen. Zudem seien die psychologischen Thera-

peut/innen bei dieser Variante selbständig tätig und somit voll verantwortlich für ihr Tun. Sie könnten sich auch anderswo, bspw. in Supervisionen, rückbesprechen. Ein Experte vertrat die Meinung, wenn der/die Überweiser/in ein/e Grundversorger/in sei, dass es mit Blick auf das Case-Management sinnvoll sei, wenn der/die Therapeut/in eine Rückmeldung an den/die Grundversorger/in gebe. Ein anderer Experte meinte, dass eine solche Rückmeldung vor allem dann angebracht sei, wenn eine bestimmte Therapiestundenzahl überschritten worden sei.

Es gab allerdings auch einzelne Expert/innen, die solche Fallbesprechungen vorschreiben möchten. Dies allerdings in geringerem Umfang als bei der Variante «Delegation». Dadurch könne gewährleistet werden, dass somatische Aspekte der psychischen Krankheiten nicht übersehen werden.

#### **Mögliche Kostenfolgen der Variante «Überweisung»**

Auch bei der Variante «Überweisung» äusserten die meisten Expert/innen keine konkreten Zahlen. Folgende Überlegungen wurden angeführt:

- Die Kostenentwicklung würde vom Überweisungsverhalten der Ärzt/innen abhängen. Würde dies gegenüber heute stark zunehmen, dann würden sich auch die entsprechenden Kostenfolgen einstellen.
- Verschiedene Expert/innen sind der Ansicht, dass die Kosten für die Grundversicherung zunehmen würden, weil die überweisenden Ärzt/innen neben den Psychiater/innen eine neue Möglichkeit zur Verfügung hätten.
- Ein Experte wies darauf hin, dass die Krankenversicherer die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach KVG immer mehr anwenden würden. Dies habe zur Folge, dass bei den Ärzt/innen nicht nur die direkt in der Praxis verursachten Kosten, sondern auch (ein Teil) der durch Überweisung ausgelösten indirekten Kosten mit berücksichtigt würden. Somit könne es kaum im Interesse der Ärzt/innen liegen, dass die Überweisungen an psychologische Psychotherapeut/innen stark bzw. überdurchschnittlich zunehmen würden. Somit würde sich gegenüber heute nicht sehr viel ändern, die Unterversorgung mithin nicht beseitigt.
- Ein Experte wies darauf hin, dass die Variante «Überweisung» gegenüber der Variante «Delegation» den Vorteil habe, dass weniger Administration (bspw. bei der Anstellung von Therapeut/innen) notwendig sei. Dadurch könnten Kosten gespart werden.
- Ein anderer Experte war der Ansicht, dass die Variante «Überweisung» unnötige Kosten bei den Ärzt/innen verursacht, weil die Diagnosestellung genau so gut von psychologischen Psychotherapeut/innen vorgenommen werden könne.

Ein Experte äusserte eine konkrete Zahl: Er ist der Ansicht, dass die Kosten der Psychotherapie in der Grundversicherung um 40 bis 60 Prozent zunehmen würden (bei der Variante Delegation um 25%).

### **3.3.3 Variante 3: Freier Zugang mit Auflagen**

#### **Vor- und Nachteile der Variante «Freier Zugang mit Auflagen»**

Die Expert/innen wurden gebeten, zuerst unabhängig von der konkreten Ausgestaltung einer Auflage die Vor- und Nachteile des freien Zugangs zu beurteilen. Vereinfacht könnten die Argumente wie folgt zusammengefasst werden: Der zentrale Vorteil des freien Zugangs liegt darin, dass die Patient/innen die freie Therapeut/innen-Wahl hätten. Dadurch würden sich die Qualität der Therapie und die Aussicht auf einen Therapieerfolg erhöhen. Zudem könnte so am wirksamsten das bestehende Versorgungsdefizit abgebaut werden. Auf der Seite der Nachteile steht die Befürchtung im Vordergrund, dass die psychologischen Psychotherapeut/innen nicht gleichermassen gut geeignet sein könnten wie die Ärzt/innen, die Diagnosestellung vorzunehmen. Weiter wird eine deutliche Kostenzunahme in der Grundversicherung befürchtet.

#### **Vorteile «Freier Zugang mit Auflagen» (V3)**

- Die Zugangsschwelle zu psychologischen Psychotherapien ist wesentlich tiefer als heute und als in den Varianten «Delegation» und «Überweisung». In der Folge kann die Unterversorgung mit Psychotherapien abgebaut werden.
- Durch das geeignete Wählen von (nicht schikanösen) Auflagen könne garantiert werden, dass die Kosten nicht aus dem Ruder laufen würden. Allerdings seien auch im somatischen Bereich Auflagen zu prüfen.
- Bei der Psychotherapie sei es für den Therapieerfolg von hervorragender Bedeutung, dass Patient/in und Therapeut/in zusammenpassen. Dies könnte am besten mit der freien Wahl des/der Therapeut/in erreicht werden.
- Ärzt/innen und psychologische Psychotherapeut/innen würden gleichbehandelt.
- Wenn die Auflagen geschickt gewählt würden, dann könnte die Qualität der heutigen Versorgung deutlich gesteigert werden.

#### **Nachteile «Freier Zugang mit Auflagen» (V3)**

- Es werden hohe Kostenzunahmen für die Grundversicherung befürchtet. Das neue Angebot werde sich seine Nachfrage schaffen. Anderweitige Einsparungen im somatischen Bereich würden sich kaum erzielen lassen.
- In Zukunft werden die Managed-Care-Formen und Gatekeeper-Modelle immer wichtiger. Da ist es nicht angezeigt, neue Leistungserbringer/innen zuzulassen, die unabhängig von Gatekeepern aufgesucht werden können. Es ist zu prüfen, ob nicht auch Psychiater/innen nur auf Überweisung hin Therapien durchführen dürfen.
- Es besteht die Gefahr, dass übersehen wird, dass in bestimmten Fällen Medikamente verabreicht werden sollten.
- Im KVG ist vorgesehen, dass die Ärzt/innen feststellen, ob eine Krankheit vorliegt. Dies würde wegfallen und somit einen Bruch in der Systemlogik bedeuten.
- Den psychologischen Psychotherapeut/innen würden bei der Diagnosestellung mindestens fünf Jahre klinische Erfahrung fehlen.
- Der freie Zugang zu psychologischen Therapeut/innen würde rasch dazu führen, dass bei den Psychiater/innen nur noch die schweren Fälle, bei den psychologischen Therapeut/innen aber die leichteren und mittleren Fälle verblieben. Dies sei inhaltlich nicht sinnvoll und für die Psychiater/innen diskriminierend.
- Eine qualitativ gute Psychotherapie würde einige Jahre Berufserfahrung erfordern. Dies sei gerade bei jungen Therapeut/innen oft nicht der Fall. Wenn diese nun auf den Markt kommen würden, dann würde die Qualität der Versorgung sinken.
- Psychologische Psychotherapeut/innen hätten noch keine Erfahrung im Umgang mit den Krankenversicherern. Daher sei es nicht sinnvoll, mit der Variante «Freier Zugang mit Auflagen» einzusteigen.
- Je nach dem wie die konkrete Auflage ausgestaltet werde, könnte dies eine ungerechtfertigte Benachteiligung von psychologischen Psychotherapeut/innen bedeuten.

Ein Experte weist darauf hin, dass die psychologischen Psychotherapeut/innen beim freien Zugang mit Auflagen Werbung für ihre Praxis machen dürften. Dies sei bei den Ärzt/innen aus standesrechtlichen Gründen nicht möglich. Hier müssten die Spiesse gleich lang gemacht werden.

#### **Die Beurteilung einzelner Auflagemöglichkeiten**

Den Expert/innen wurden vier Auflage-Möglichkeiten zur Beurteilung vorgelegt: (a) Ein GutachterInnenverfahren zu Therapiebeginn, (b) ein Zweitmeinungsverfahren nach einer bestimmten Dauer der Therapie, (c) die Pflicht, nach einer bestimmten Therapiedauer eine/n andere/n Psychotherapeut/in zu konsultieren, wobei der Therapiefortsetzungsentscheid bei der/dem Ersttherapeut/in verbleiben würde sowie (d) die analoge Pflicht, eine/n somatischen Mediziner/in nach einer bestimmten Therapiedauer aufzusuchen.



Die Meinungen hinsichtlich der zu bevorzugenden Auflagemöglichkeit waren unter den Expert/innen sehr verschieden. Zwei Expert/innen sprachen sich generell gegen die Variante 3 «Freier Zugang mit Auflagen» aus und fanden auch alle vier Auflagemöglichkeiten problematisch. Für sie steht die Variante «Überweisung» im Vordergrund. Ein Experte sprach sich für die Möglichkeit «Gutachten», zwei Expert/innen für die Möglichkeit «Zweitmeinung»<sup>15</sup> und zwei Expert/innen für die Möglichkeit «psychotherapeutische Konsultationspflicht» aus. Die letzte Möglichkeit – die «somatische Konsultationspflicht» – stand für keine/n Expert/in im Vordergrund. Ein Experte sprach sich gegen alle vier vorgelegten Möglichkeiten aus und schlug selbst eine eigene Auflagemöglichkeit vor. Analog zu den heute bereits geltenden Regelungen bei den Psychiater/innen sollten die Therapeut/innen beim Überschreiten einer bestimmten Therapiedauer (pro Jahr oder über die Jahre) die Pflicht haben, die Verlängerung zuhanden der Versicherer speziell zu begründen. Die Versicherung würde dann entscheiden. In Abschnitt 3.4 werden wir ausführlicher auf derartige Obergrenzen eingehen.

Ganz generell sprachen sich die Expert/innen – wenn Auflagen eingeführt werden müssten – dafür aus, durch die Auflagen nicht eine unnötige und aufwändige Bürokratie einzurichten. Ein Experte ist der Ansicht, dass die Auflagen umso weniger restriktiv ausgestaltet werden müssten, je besser die psychologischen Therapeut/innen ausgebildet seien. Daher sei dort das Schwergewicht zu legen und nicht bei den Auflagen.

Einzelne Expert/innen nannten von sich aus weitere Auflagemöglichkeiten:

- Analog zu Managed-Care-Systemen sollte die Auflage formuliert werden, dass psychologische Psychotherapeut/innen in Netzwerken praktizieren müssten. Damit wäre eine enge Zusammenarbeit mit Somatiker/innen garantiert. Zudem gäbe es in Netzwerken Qualitätszirkel, die bei Psychotherapien von besonderer Wichtigkeit seien.
- Ein Experte war der Meinung, dass Auflagen vor allem bei der Fortbildung gemacht werden müssten. Damit könne garantiert werden, dass sich die Praxis immer wieder an die neusten Forschungserkenntnisse anpasse.
- Ein Experte weist darauf hin, dass die Auflage gemacht werden müsse, dass die Therapeut/innen nicht nach Abschluss der Aus- und Weiterbildungen unmittelbar selbständig tätig sein dürfen. Es würde noch einige Jahre Berufserfahrung in einem Delegationsverhältnis brauchen.

Nachfolgend werden die von den Expert/innen spezifisch zu den einzelnen Möglichkeiten genannten Vor- und Nachteile zusammengestellt:

#### A. GutachterInnen-Verfahren

##### Vorteile

- Ein Gutachten müsse zu Beginn der Therapie erfolgen. Dies sei der wichtigste Moment und somit ein Vorteil gegenüber der Zweitmeinung während der Therapie.

##### Nachteile

- In Deutschland könne man beobachten, zu welchen Zuständen ein GutachterInnenverfahren führen würde. Dies sei ein gigantischer Leerlauf. Für die Gutachten würde es vorgefertigte Textbausteine geben, die von den Versicherern meist akzeptiert würden.
- Durch die Forderung nach einem Gutachten würde die Schwelle für den Zugang zu einer Therapie zu stark erhöht.

---

<sup>15</sup> Ein Experte wies darauf hin, dass das Zweitmeinungsverfahren sowohl bei den psychologischen Therapeut/innen wie auch bei den Psychiater/innen eingeführt werden müsse.

#### Vorteile

#### Nachteile

- Bei leichten Störungen bestehe die Gefahr, dass der/die Gutachter/in zu einer ablehnenden Meinung komme, eine Therapie nicht durchgeführt würde und somit längerfristig schwerwiegendere Störungen in Kauf genommen würden.
- Ein seriöses Gutachten würde mindestens 3 Stunden in Anspruch nehmen. Dies führe zu hohen Verfahrenskosten.
- Niemand schreibe gerne Gutachten. Daher sei kein System einzurichten, welches genau dies von vielen Akteur/innen fordern würde.

Ein Experte wies darauf hin, dass die Gutachter/innen sehr sorgfältig bestimmt werden müssten, damit kein problematisches Verhältnis unter den Berufskolleg/innen entstehen würde. Denkbar wäre bspw. der/die Vertrauens-Psychotherapeut/in der Krankenversicherer oder eine staatliche Stelle.

## B. Verfahren mit Zweitmeinung

#### Vorteile

- Das Verfahren der Zweitmeinung würde viele Nachteile des GutachterInnenverfahrens nicht aufweisen.

#### Nachteile

- Die Missbrauchsgefahr sei sehr gross, wenn die Ersttherapeut/innen den/die Zweitgutachter/in selbst bestimmen können. Gefälligkeitsgutachten wären dann eine logische Folge.
- Wenn die Zweitgutachter/innen von den Kantonen oder von den Versicherern bestimmt würden, dann würde die Gefahr wie bei der Invalidenversicherung bestehen, dass «Nein-Sager/innen» eingesetzt würden, um jegliche Therapieverlängerungen zu verhindern.
- Die Patient/innen würden stark auf den/die Therapeut/in reagieren. Daher sei es per Definition so, dass der/die Zweitgutachter/in ein anderes Bild bekommen würde als der/die Ersttherapeut/in. Dadurch würde es wahrscheinlicher, dass die Meinungen über die Therapiefortsetzung auseinanderfallen würden, obschon dies weniger mit den Patient/innen als vielmehr mit der spezifischen Beziehung zwischen Patient/innen und Therapeut/innen zu tun habe.
- Ein Zweitgutachten kommt zu spät. Ein Gutachten müsse zu Beginn der Therapie erfolgen.
- Die Zweitmeinung sollte nicht verbindlich sein. Dies sei zu einschränkend und würde die Gefahr bringen, dass Therapien zu früh abgebrochen würden.

## C. Psychotherapeutische Konsultationspflicht

#### Vorteile

- Dies sei eine sinnvolle Massnahme.

#### Nachteile

- Eine solche Pflicht führe zu einem problematischen Verhältnis unter den Berufskolleg/innen. Ständig müsse man sich gegenseitig auf die Finger schauen; dies könne kaum förderlich sein. Vor allem habe es auch keine Konsequenzen, weil der/die Ersttherapeut/in entscheiden könne.

#### Vorteile

#### Nachteile

- Ein solches Verfahren sei kompliziert, aufwändig und heikel. Es könnte zu einer «Therapiepolizei» verkommen.

## D. Somatische Konsultationspflicht

#### Vorteile

#### Nachteile

- Die Konsultation bei einem/er Somatiker/in sei selbstverständlich, sobald ein entsprechender Verdacht bestehen würde. Dies müsse aber nicht zur Pflicht erhoben werden. Damit würden nur unnötige Kosten entstehen.
- Bringt nicht viel, würde so oder so geschehen. Eher sei eine Pflicht in die umgekehrte Richtung denkbar, so dass die Somatiker/innen die Patient/innen nach einer bestimmten Dauer automatisch zwecks Abklärung zu einer Psychotherapeut/in überweisen müssten.

### Mögliche Kostenfolgen der Variante «Freier Zugang mit Auflagen»

Ein Experte schlägt vor, die Kostenfolgen wie folgt abzuschätzen: Man gehe von allen heute registrierten Psychotherapeut/innen aus und nehme an, dass alle über die Grundversicherung abrechnen würden. Davon ziehe man diejenigen Leistungen ab, die schon heute über die Grundversicherung abgerechnet würden. So würde man auf eine realistische Schätzung kommen. Implizit nimmt dieser Experte somit an, dass alle Therapeut/innen inskünftig voll über die Grundversicherung abrechnen würden. Beeler et al. (2003) nahmen entsprechende Kostenschätzungen vor. Sie berechnen eine Zunahme der Psychotherapie-Kosten von 32 Prozent und der Grundversicherungskosten von 1.0 Prozent (Szenario IIIa).

Ein weiterer Experte schätzt die Kostenzunahme auf 40 Prozent bis 60 Prozent (genau gleich wie bei der Variante «Überweisung»). Ein Experte war der Ansicht, dass das Zweitmeinungsverfahren bei heute bereits praktizierten sehr langen Therapien zu Einsparungen führen könnte.

Die anderen Expert/innen waren alle der Meinung, dass die Kostenzunahme substantiell sei, ohne sich aber genauer festzulegen.

### 3.3.4 Variante 4: Freier Zugang ohne Auflagen

#### Vor- und Nachteile der Variante «Freier Zugang ohne Auflagen»

Die Expert/innen äusserten sich bereits bei der Beurteilung der Variante 3 «Freier Zugang mit Auflagen» über die Vor- und Nachteile eines mehr oder weniger freien Zugangs. Wir verweisen daher auf die Ausführungen in Abschnitt 3.3.3.

#### Mögliche Kostenfolgen der Variante «Freier Zugang ohne Auflagen»

Bereits bei der Variante 3 «Freier Zugang mit Auflagen» waren die meisten Expert/innen der Ansicht, dass es zu substantiellen Kostensteigerungen der psychotherapeutischen Kosten in der Grundversicherung kommen wird. Bei Variante 4 würden nun alle bei Variante 3 noch limitierenden Faktoren wegfallen. Es sei daher mit der grösstmöglichen Kostenzunahme zu rechnen. Einige Expert/innen weisen jedoch darauf

hin, dass dies nur kurz- und mittelfristig der Fall sein müsse. Längerfristig würden sich aber auch die kostensparenden Wirkungen des vermehrten psychotherapeutischen Einsatzes zeigen.

#### 3.3.5 Variantenübergreifende Elemente

Den Expert/innen wurden vier Varianten zur Beurteilung vorgelegt. In der Diskussion wurden von den Expert/innen verschiedentlich Aspekte genannt, denen eine variantenübergreifende Bedeutung zukommt:

- Im Rahmen der 2. KVG-Revision werden Managed-Care-Modelle gefördert. Es sei daher zu überlegen, ob bei der Neu-Zulassung von psychologischen Psychotherapeut/innen nicht ein Zeichen gesetzt werden könnte, in dem gefordert würde, dass die Leistungen im Rahmen von Hausärztemodellen bzw. HMOs oder generell in ÄrztInnen-Netzwerken zu erbringen seien. Diese Forderung könne im Sinne der Gleichberechtigung auf alle Anbieter/innen von Psychotherapien ausgedehnt werden. Ein Experte nennt als mögliche Fördermassnahme für Netzwerke, dass die Tarife für erbrachte Psychotherapieleistungen in Netzwerken deutlich höher sein sollten als ausserhalb von Netzwerken.
- Die Delegation von Psychotherapien an Therapeut/innen, die in Ausbildung stünden, sei als ergänzende Möglichkeit bei den Varianten 2 bis 4 mit zu berücksichtigen.
- Ein Experte weist darauf hin, dass selbstverständlich die Variante 2 «Überweisung» gleichzeitig mit den Varianten 3 bzw. 4 «Freier Zugang mit/ohne Auflagen» gelten könne.
- Ein Experte weist darauf hin, dass Psychiater/innen gegenüber den Psycholog/innen mehr Aufgaben zu übernehmen hätten (bspw. beim Notfalldienst). Hier wären diese Aufgaben auf beide Berufsgruppen zu verteilen.

#### 3.4 Massnahmen zur Verhinderung einer starken Kostenzunahme bzw. zur Stärkung der Kosten-Effektivität

In Abschnitt 3.3 berichteten wir von den Ergebnissen der Beurteilung von vier vorgegebenen Zugangsvarianten zu psychologischen Psychotherapien. Es klang dabei bereits an, dass es bei jeder der vier Varianten weitere Möglichkeiten der Regulierung gibt, bspw. eine maximale Zahl an verrechenbaren Therapiestunden pro Jahr. Nachfolgend stellen wir die Resultate der ExpertInnenbefragung hinsichtlich zwei solcher Aspekte dar. Unterschieden werden die Fragen nach einer Obergrenze bei der Therapiedauer und dem Selbstbehalt der Versicherten. Beide Aspekte dienen indirekt der Steigerung der Kosten-Effektivität der Versorgung bzw. der Limitierung der Kosten, die durch die Grundversicherung zu übernehmen sind. Die Expert/innen wurden weiter direkt darauf angesprochen, welche Massnahmen sie zur Steigerung der Kosten-Effektivität ergreifen würden. Im letzten Abschnitt werden diese Ergebnisse zusammengefasst.

##### Verankerung von maximalen Therapiedauern

Den Expert/innen wurden zwei Fragen rund um die zeitliche Begrenzung von Therapien gestellt:

**10a)** Sollte es eine **Obergrenze für die Anzahl der Therapiestunden** geben, die pro Jahr maximal über die OKP abgerechnet werden können (bspw. maximal 50 Stunden pro Jahr)? Sollte diese Obergrenze nach Therapierichtung oder nach Art der Störung (Diagnose, Schweregrad) differenziert werden?

**10b)** Sollte es eine **maximale Therapiedauer in Jahren** geben, die über die OKP abgerechnet werden können (bspw. 2 Jahre)?

- **Generelle Haltung:** Bereits heute bestehen im KVG für ärztliche Psychotherapien Regelungen (vgl. dazu den **Anhang**). Sie sehen vor, dass in den ersten 3 Jahren 2 Wochenstunden, in den Jahren 4 bis 6 eine Wochenstunde und danach eine Sitzung alle 14 Tage übernommen wird. Allerdings muss der behandelnde Arzt nach 60 Stunden innerhalb von zwei Jahren der Krankenversicherung ein begründetes Verlängerungsgesuch einreichen. Gemäss Mattanza (2002) gilt für die delegierte Psychotherapie dasselbe

Verfahren.

Verschiedene Expert/innen äussern sich positiv zu diesen Richtlinien und könnten sich gut vorstellen, sie auch auf die psychologischen Therapeut/innen auszudehnen. Die deutliche Mehrheit der Expert/innen kann sich grundsätzlich Therapiedauerobergrenzen vorstellen. Wichtig scheint den meisten Befragten aber die flexible Handhabung der Obergrenzen zu sein. Es sollte möglich sein, eine gesetzte Therapiedauer-grenze mit einem begründeten Antrag überschreiten zu können.

Generell abgelehnt wird die Festlegung einer Obergrenze nach Therapiemethoden. Allerdings können sich verschiedene Expert/innen vorstellen, dass die Therapiedauer nach Störung differenziert wird. Leichte Störungen sollten tiefere Obergrenzen haben, schwerere Störungen höhere Obergrenzen, die aber bei entsprechender Begründung überschritten werden könnten.

Ein Experte ist der Meinung, dass die «WZW»-Bestimmungen (wirtschaftlich, zweckmässig, wirksam) von Artikel 32 KVG ausreichend seien und dass daher keine weiteren Regulierungen notwendig seien. Es sei Sache der Versicherer, die Leistungserbringer zu prüfen, ob sie die «WZW»-Bedingungen einhalten würden.

■ **Maximale Sitzungszahl pro Jahr:** Mit zwei Ausnahmen können sich die befragten Expert/innen eine maximale Sitzungszahl pro Jahr vorstellen. Die meisten Expert/innen schlagen vor, diese Obergrenze nach Störung zu differenzieren. Zwei Experten lehnen eine solche Obergrenze ab, weil die wissenschaftlichen Grundlagen dafür noch nicht ausreichend seien.

■ **Maximale Therapiedauer in Jahren:** Wichtig ist allen Befragten die Gleichbehandlung von somatischen und psychischen Krankheiten sowie die Nicht-Diskriminierung von chronisch-psychisch Kranken. Es würde sowohl im somatischen wie auch im psychischen Bereich Fälle geben, die eine lebenslange Therapie notwendig machen würden. Dies müsse möglich sein, weil sonst die Chronischkranken diskriminiert würden. Allerdings können sich die meisten Expert/innen vorstellen, dass eine Therapiedauerobergrenze festgelegt wird, wenn sie in begründeten Ausnahmen überschritten werden kann.

Fasst man die Aussagen der Expert/innen zusammen, so könnte sich die Mehrheit Obergrenzen für die Sitzungszahl pro Jahr bzw. für die Therapiedauer vorstellen, wenn die Obergrenzen in begründeten Fällen überschritten werden können. Eine solche Ausgestaltung würde einem Zweitmeinungsverfahren entsprechen.

#### Der Selbstbehalt der Versicherten

Um einen möglichen Kostenschub durch die Erleichterung des Zugangs zu psychologischen Therapeut/innen zu limitieren, könnte auch der Selbstbehalt der Versicherten erhöht werden bzw. eine finanzielle Obergrenze pro Therapie fixiert werden. Den Expert/innen wurden konkret folgende drei Fragen gestellt:

**12a)** Sollte der **Selbstbehalt** der Versicherten für Psychotherapien höher sein als für andere Leistungen?

**12b)** Sollte der Selbstbehalt der Versicherten mit zunehmender Dauer der Therapie **zunehmen**? Wenn ja: Wie?

**10c)** Sollte es eine **finanzielle Obergrenze** geben, die pro Patient/in innerhalb einer bestimmten Zeitspanne maximal durch die OKP übernommen wird? (bspw. 15'000 Franken in 10 Jahren)

■ **Erhöhter Selbstbehalt für die Versicherten:** Die Expert/innen lehnen einen erhöhten Selbstbehalt für Psychotherapien ab. Dies würde die psychisch kranken Menschen gegenüber den somatisch kranken diskriminieren. Es wird auch darauf hingewiesen, dass psychisch kranke Menschen oft auch beruflich weniger erfolgreich seien und somit über weniger finanzielle Ressourcen verfügen würden. Eine erhöhte Belastung dieser Gruppe sei daher doppelt stossend. Ein Experte schlägt im Sinne einer grundlegenden Reform vor, den Selbstbehalt generell einkommensabhängig auszugestalten.

■ **Zunehmender Selbstbehalt:** Auch ein mit zunehmender Therapiedauer wachsender Selbstbehalt wird von fast allen Expert/innen abgelehnt. Derartige Zunahmen würde man im somatischen Bereich auch nicht kennen. Sie würden eine ungerechtfertigte Diskriminierung der Patient/innen mit schweren psychischen Störungen resp. der chronisch psychisch Kranken bedeuten. Ein Experte spricht sich pointiert für einen zunehmenden Selbstbehalt aus, weil dadurch der Druck auf kürzere Therapiedauern erhöht würde. Dies sei aber auch im somatischen Bereich einzuführen.

■ **Finanzielle Obergrenze pro Therapie:** Eine solche finanzielle Obergrenze wird von fast allen Expert/innen abgelehnt. Sie würde zu einer Diskriminierung der Menschen mit schweren psychischen Krankheiten führen. Zudem sei es auch eine Überforderung der Patient/innen. Sie hätten quasi ein Budget für eine bestimmte Zeitperiode zur Verfügung und müssten entscheiden, wie dies am besten eingesetzt werden soll. Es wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass es eine solche Regelung im somatischen Bereich auch nicht gibt.

#### **Zur Kosten-Effektivität der heutigen Versorgung**

Durch die Festlegung von Therapieobergrenzen kommt auch ein gewisses Misstrauen gegenüber der Kosten-Effektivität der Leistungserbringer/innen von Psychotherapien zum Ausdruck. Man hat ein beschränktes Vertrauen in die Kompetenz der Leistungserbringer/innen, dass sie selbst die kosten-effektivste Therapie bzw. Therapiedauer wählen. Dies habe auch damit zu tun, dass das Verhältnis Therapeut/in-Patient/in normalerweise empathischer sei als das Verhältnis Arzt/in-Patient/in. Daher begrenzt man die Therapiedauern gegen oben und/oder macht sie von spezifischen Gutachten/Begründungen abhängig. Dies führte uns dazu, die Expert/innen generell zur Kosten-Effektivität der heutigen Versorgung zu befragen.

■ **Zur Kosten-Effektivität der heutigen Versorgung:** Die Einschätzungen der befragten Expert/innen variieren sehr stark. Verschiedene meinten, sie könnten diese Frage nicht beantworten, weil ihnen die entsprechenden Grundlagen fehlten. Andere äusserten sich pointierter: Ein Experte war der Meinung, dass die Kosten-Effektivität heute «völlig ungenügend» sei, ein anderer beurteilte sie «als noch gut». Die meisten waren jedoch der Ansicht, dass es ein Verbesserungspotential gibt. Ein Experte wies darauf hin, dass sich die Kosten-Effektivität in den letzten 10 Jahren deutlich verbessert habe, da die Fokal- gegenüber den Volltherapien und die Kurz- gegenüber den Langzeittherapien an Bedeutung gewonnen hätten. Es wurde aber auch darauf hingewiesen, dass die in klinischen Studien nachgewiesene Kosten-Effektivität sehr oft nur für ein ganz spezifisches Setting und für eine spezifische Subpopulation gelten würde. Zudem seien an solchen Studien meist besonders fähige und überzeugte Therapeut/innen beteiligt. Eine Übertragung der Studienergebnisse auf den psychotherapeutischen Alltag sei daher sehr schwierig. Als problematisch wurde auch die Aussage bezeichnet, dass eine Therapie im Durchschnitt nicht mehr als 15 Stunden dauern sollte (in Anlehnung an Frei/Greiner 2001a). Gegenüber den Menschen mit schweren psychischen Krankheiten sei dies ein Affront.

Als mögliche Ursache der mangelhaften Kosten-Effektivität der heutigen Versorgung wurde die teilweise mangelhafte Ausbildung der praktizierenden (delegierten) Therapeut/innen angeführt.

■ **Massnahmen zur Steigerung der Kosten-Effektivität:** Bei den vorgeschlagenen Massnahmen zeigt sich ein ziemlich einheitliches Bild. Das Psychologieberufegesetz wird als absolut notwendige Voraussetzung für eine nachhaltige Steigerung der Kosten-Effektivität betrachtet. Dadurch würden die Bildungsvoraussetzungen vereinheitlicht und verbessert. Es sei aber darüber hinauszugehen, indem von allen praktizierenden Therapeut/innen Fortbildungen sowie Inter- und Supervisionen zu verlangen seien. Vorgeschlagen wird auch, dass die Therapeut/innen mehr als eine Methode beherrschen sollten. Nur so sei gewährleistet, dass sie jeweils die kosten-effektivste Variante wählen würden. Verschiedentlich erwähnt wurde auch die Forderung, dass nur in Netzwerken erbrachte psychologische Psychotherapien abgegolten werden sollten. Dadurch würde die Qualität der Versorgung erhöht.

Verschiedene Expert/innen betonten darüber hinaus einzelne weitere Aspekte: (a) Ein Experte war der Ansicht, dass das Angebot an psychologischen Therapeut/innen wie auch bei den Ärzt/innen möglichst knapp gehalten werden sollte. Dies würde zu einem gewissen Druck führen und eine «künstliche» Verlängerung der Therapie verhindern. (b) Ein anderer Experte war der Ansicht, dass die Versicherer besser qualifizierte Vertrauens-Psychotherapeut/innen anstellen sollten, die die angewandten Therapien besser beurteilen können. (c) Ein weiterer Experte sprach sich für die Erarbeitung von Guidelines aus, die für die häufigsten Störungen angeben, wie die Störung evidence-based behandelt werden sollte. (d) Ein weiterer Experte sprach sich dafür aus, dass die Forschung über die Kosten-Effektivität der Therapien stark intensiviert wird. Anschliessend sei mit Bildungsmaßnahmen dafür zu sorgen, dass die Forschungsergebnisse auch die Praxis beeinflussen würden.

## 3.5 Zur finanziellen Abgeltung und zur Ausstellung von Arbeitsabsenz-Zeugnissen

### Finanzielle Abgeltung

Ein Drittel der Expert/innen sprach sich dafür aus, dass eine Psychotherapiestunde unabhängig vom/von der Leistungserbringer/in gleich bezahlt werden sollte. Die Tätigkeit sei dieselbe und nach der Umsetzung des Psychologieberufegesetzes seien dann auch die Qualifikationen für die Erbringung von Therapien vergleichbar. Zusätzliche Leistungen, welche die ärztlichen Therapeut/innen erbringen würden, sollten über spezifische Tarifpositionen abgegolten werden.

Zwei Drittel waren der Ansicht, dass ärztliche Therapeut/innen besser bezahlt werden sollten, weil sie mehr Kompetenzen mitbringen würden (aus dem medizinischen Bereich), mehr Aufgaben wahrnehmen müssten (Beurteilung von Medikamentenabgaben etc.) und eine ärztliche Gesamtverantwortung tragen würden. Aufgrund der vielfältigeren Aufgaben seien auch die administrativen Kosten höher. Ein Experte war der Meinung, dass der Tarif aber nicht mehr als 10 Prozent bis 15 Prozent höher sein sollte. Hinsichtlich der Differenzierung von verschiedenen Tarifpositionen äusserte ein Experte eine grosse Skepsis. Es sei fast nicht möglich, im Alltag zu beurteilen, ob er ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Gespräch geführt habe.

Ein Experte ist der Ansicht, dass man auch im psychotherapeutischen Bereich in Richtung Fallkostenpauschalen denken sollte. Dies sei sicher nicht für alle Störungen möglich, für die meisten jedoch schon.

### Arbeitsabsenz-Zeugnisse

Bei der Frage, ob psychologische Psychotherapeut/innen Arbeitsabsenz-Zeugnisse sollten ausstellen können, teilen sich die Meinungen. Die Hälfte der Expert/innen ist der Ansicht, dass dies nicht möglich sein sollte. Es handle sich um eine Kompetenz, die bisher nur den Ärzt/innen zugekommen sei. Diese seien sich gewöhnt, solche Zeugnisse auszustellen und würden die üblichen Rahmenbedingungen kennen. Zudem könne das Ausstellen bzw. Nicht-Ausstellen von Zeugnissen auch die Therapiebeziehung selbst belasten. Eine Expert/in weist darauf hin, dass das Ausstellen eines Zeugnisses durch psychologische Psychotherapeut/innen auch zu einer impliziten Datenübertragung zum Arbeitgeber führe. Dieser wisse dann, dass sich der/die Mitarbeiter/in in einer psychotherapeutischen Behandlung befinde.

Die andere Hälfte befürwortet die Ausstellung von Arbeitsabsenz-Zeugnissen durch psychologische Psychotherapeut/innen. Sie würden über die entsprechenden Aus- und Weiterbildungen verfügen. Es gäbe keine objektiven Argumente, die dagegen sprechen würden.

### 3.6 Von den ExpertInnen bevorzugte Zugangsvariante

Die Expert/innen wurden danach gefragt, welche Form des Zugangs sie bevorzugen würden. Es ergab sich ein sehr heterogenes Bild:

- Vier Expert/innen bevorzugen die Variante 2 «Überweisung». Ein Experte möchte die Delegationsmöglichkeit beibehalten. Derselbe Experte ist weiter der Meinung, dass die Therapien nach einer bestimmten Dauer überprüft werden sollten.
- Ein Experte bevorzugt die Variante 3 «Freier Zugang mit Auflage», wobei für ihn die Auflage «Gutachten» im Vordergrund steht. Gleichzeitig möchte er aber nach bestimmten Therapiedauern auch Überprüfungen des Therapiefortschrittes vornehmen. Zudem schlägt er vor, die Therapiemethoden in einem ersten Verordnungserlass einzuschränken. Ein anderer Experte bevorzugt eigentlich Variante 4 «Freier Zugang ohne Auflagen», möchte aber Therapien nur dann über die Grundversicherung entschädigen lassen, wenn sie in Netzwerken erbracht werden.
- Ein weiterer Experte schlägt eine Mischvariante zwischen «Überweisung» und «Freier Zugang mit Auflagen» vor. Für die ersten 10 Therapiestunden können sich die Patient/innen eine/n Therapeut/in frei wählen. Plane man anschliessend weitere 10 Therapiestunden (Gesamtdauer max. 20 Therapiestunden), so wäre eine ärztliche Diagnosestellung und Überweisung notwendig. Würde nach den ersten 10 Stunden eine Therapiedauer von gegen 50 Stunden anvisiert, so müsste ein/e Psychiater/in oder ein/e Arzt/Ärztin mit psychotherapeutischer Weiterbildung die Diagnosestellung und Überweisung vornehmen. Würde eine sehr lange Therapie geplant (mehrere Jahre), so würde es ein Assessment in einer psychiatrischen Institution brauchen. Ganz generell sei das Prinzip anzuwenden, dass der/die Behandler/in nicht selbst über die Therapie entscheiden könne. Die Therapieobergrenzen könnten mit einem begründeten und bewilligten Gesuch überschritten werden. Damit dies allerdings nicht zu oft vorkomme, möchte der Experte den Selbstbehalt der Versicherten für die Stunden oberhalb der Therapieobergrenze erhöhen.
- Zwei Expert/innen schliesslich sprechen sich für die Variante 4 «Freier Zugang ohne Auflagen» aus. Für einen Experten ist es selbstverständlich, dass die Variante 2 «Überweisung» enthalten ist. Für den anderen Experten ist es wichtig, dass das Delegationsverhältnis für Therapeut/innen in Ausbildung weiterhin möglich ist. Er fordert darüber hinaus auch, dass Fortbildungsvorschriften formuliert werden müssen.

### 3.7 Fazit

Überblickt man die Antworten der Expert/innen zu den verschiedenen Aspekten rund um die Zulassung von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung, so fällt auf, dass es Bereiche mit hohem Konsens, aber auch solche mit weit auseinanderliegenden Ansichten gibt. Ein hohes Mass an Konsens kann hinsichtlich folgender Aspekte festgestellt werden:

- Die Grundhaltung gegenüber der Zulassung von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zur OKP ist positiv. Es soll ein Weg gefunden werden, diese Zulassung zu ermöglichen.
- Therapien sollen nach vorgegebenen Dauern auf ihre Wirksamkeit und auf ihre Kosten-Effektivität hin überprüft werden. Das Prüfungsverfahren soll einfach und unbürokratisch sein.
- Es soll keine Einschränkung der Zulassung auf bestimmte Therapiemethoden geben. Auch die fixe Zuordnung von Therapiemethoden zu bestimmten Störungen wird kaum befürwortet, da die wissenschaftlichen Grundlagen hierfür noch zu wenig differenziert sind.
- Die Delegation der Psychotherapie von Ärzt/innen an angestellte Therapeut/innen ist ein überholtes Modell. Es sollte höchstens noch für Therapeut/innen in Ausbildung möglich sein.
- Der Selbstbehalt der Versicherten solle bei Psychotherapien nicht höher sein als bei somatischen Beschwerden.



### 3 Befragung von Expert/innen zu möglichen Zulassungsszenarien

■ Es würde sehr begrüsst, wenn Psychotherapien im Rahmen von Netzwerken erbracht würden, weil damit garantiert wäre, dass eine enge Zusammenarbeit mit Somatiker/innen stattfinden sowie Qualitätszirkel durchgeführt würden.

■ Alle Expert/innen wiesen auch darauf hin, dass jede Therapierichtung durch Begleitforschungen belegt soll, dass die Wirksamkeit vorhanden ist. Diese Forschungen seien auch zu erneuern, damit sie den aktuellen gesellschaftlichen Verhältnissen angepasst werden könnten.

Neben diesen Bereichen mit grösserem Konsens gibt es aber auch Felder, die klar umstritten sind:

■ Es ist unklar, wer die Diagnose stellen soll. Die einen Expert/innen sprechen sich klar für Ärzt/innen aus. Die anderen sind überzeugt, dass gut ausgebildete psychologische Psychotherapeut/innen die Diagnosestellung ebenfalls vornehmen können.

■ Es zeichnete sich auch kein Konsens über die Zulassungsvariante ab. Rund die Hälfte der Expert/innen spricht sich für die Variante «Überweisung», rund die Hälfte für Variante «Freier Zugang mit oder ohne Auflagen» aus.

■ Auch hinsichtlich der Abgeltung ärztlicher und nicht-ärztlicher Psychotherapeut/innen zeigte sich keine einheitliche Einschätzung. Die einen möchten eine identische Abgeltung, die anderen möchten die ärztlichen Psychotherapeut/innen besser bezahlen, weil sie mehr Kompetenzen im medizinischen Bereich mitbringen und mehr Aufgaben zu erfüllen haben.

■ Ebenfalls Dissens herrschte bei der Beurteilung der Frage, ob psychologische Psychotherapeut/innen Arbeitsabsenz-Zeugnisse ausstellen können.

In den Bereichen mit Dissens scheint es, dass die Ursache für den Dissens teilweise auch in einem sehr bewusst angewandten Standesdenken liegt. Dies ist verständlich, geht es doch bei den diskutierten Regulierungen um ganz wesentliche Rahmenbedingungen für eine grosse Gruppe von Leistungserbringer/innen. Für die Wahl der Zulassungsvariante können derartige Standesüberlegungen jedoch nicht wegleitend sein. Vielmehr, dies wird Gegenstand von Abschnitt 4.1 sein, richten wir uns bei der Beurteilung von Zulassungs-Szenarien nach den vom Gesetzgeber vorgegebenen Zielen des KVG sowie nach den Ergebnissen der wissenschaftlichen Untersuchungen zu Psychotherapien.



## 4 Entwicklung von Zulassungsszenarien

In welcher Art und Weise sollen psychologische Psychotherapeut/innen die von ihnen erbrachten Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abrechnen können? Die gestellte Frage kann nicht eindeutig beantwortet werden. Es gibt mehrere mögliche Wege, die jeweils ihre Vor- und Nachteile aufweisen. Wesentlich ist daher, dass die verschiedenen Wege systematisch hergeleitet und begründet werden. In Abschnitt 4.1 entwickeln wir dazu Beurteilungskriterien, die wir in Abschnitt 4.2 anwenden und dadurch die Umriss von Szenarien festlegen. In Abschnitt 4.3 schliesslich skizzieren wir vier ausgewählte Szenarien.

### 4.1 Beurteilungskriterien

Als Beurteilungskriterien für die Auswahl von möglichen Zugangsszenarien berücksichtigen wir drei Quellen. Erstens ziehen wir die gesetzlichen Grundlagen des KVG bei. Der Gesetzgeber verfolgt mit dem KVG drei wesentliche Ziele, die auch für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung Richtschnur sind. Zweitens sind die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen hinsichtlich der Versorgung mit psychotherapeutischen Dienstleistungen in der Schweiz sowie hinsichtlich der Wirksamkeit und der Kosten-Effektivität verschiedener psychotherapeutischer Methoden zu berücksichtigen. Drittens lassen wir die Ergebnisse der ExpertInnenbefragung einfließen (vgl. dazu Kapitel 3).

#### Die gesetzlichen Grundlagen

Der Gesetzgeber verfolgt mit der Einführung des KVG gegenüber dem bis 1995 gültigen KUVG drei wesentliche Ziele: „Erstens soll die Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko und mit unterschiedlichem Einkommen verstärkt werden. Zweitens geht es darum, eine qualitativ hochstehende, aber für alle finanziell tragbare medizinische Versorgung sicherzustellen und die Lücken in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu schliessen. Drittens soll der neue gesetzliche Rahmen zu einer massvollen Kostenentwicklung beitragen, indem kosteneindämmende Wettbewerbsmechanismen in einem definierten ordnungspolitischen Rahmen zum Zuge kommen sollten“ (BSV 2001, 1).

Zwischen den drei genannten Zielen bestehen Zielkonflikte. So kann bspw. eine Erhöhung der Qualität der Versorgung mit wesentlichen Kostenfolgen verbunden sein. Es ist daher zu erwarten, dass eine bestimmte Massnahme beim einen Ziel den Zielerreichungsgrad erhöht, beim anderen aber eher schmälert. Dies ist für den vorliegenden Zusammenhang von unmittelbarer Bedeutung: Je nachdem welches Ziel in den Vordergrund gestellt wird, ergeben sich unterschiedliche Ausgestaltungen des Zugangs von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zur Grundversicherung.

#### Die Versorgung mit Psychotherapien

Zur Versorgung mit Psychotherapien gibt es in der Schweiz zwei neuere Untersuchungen (Schweizer 2002, Beeler et al. 2003). Beide Arbeiten versuchen abzuschätzen, wie viele Patient/innen in den Untersuchungsjahren in der Schweiz mit Psychotherapien versorgt worden sind. Beeler et al. (2003) schätzen eine Zahl von 146'000 Patient/innen (+/- 17'000 Patient/innen) im Jahr 2000.

In verschiedenen Arbeiten werden aufgrund von Prävalenzdaten zu psychischen Störungen und der Therapiemotivierbarkeit bestimmt, wie viele Personen eine ambulante Psychotherapie benötigen und diese auch annehmen würden. Ess/Szucs (2002, 44f.) gehen bei einem uneingeschränkten und über die Grundversicherung abrechenbaren Zugang zu Therapeut/innen von 2.0 Prozent (142'000 Personen) bis 5.3 Prozent (355'000 Personen) der Bevölkerung aus, die nach einer Therapie konkret nachfragen würden. Frei/Greiner (2001a) ihrerseits nehmen eine Prävalenz von behandlungsbedürftigen und therapiewilligen

Patient/innen von 4.1 Prozent (291'000 Personen) bis 7.8 Prozent (553'000 Personen) der Bevölkerung an. Löcherbach et al. (2000, 60) gehen für Deutschland von 2.1 Prozent (dies würde in der Schweiz 149'000 Personen entsprechen) aus. Vergleicht man die Prävalenzdaten mit den heute effektiv nachgefragten Therapien, so fällt auf, dass es ein Versorgungsdefizit gibt. Je nach Schätzung fällt es zwischen 3'000 und ca. 400'000 Personen aus.

Die psychotherapeutische Versorgung wird heute nicht nur von gut qualifizierten Personen wahrgenommen. Insbesondere bei Grundversorger/innen ohne psychotherapeutische Weiterbildung sowie bei delegiert arbeitenden Therapeut/innen ohne entsprechende Aus- und Weiterbildungen gibt es grössere Defizite.

### **Wirksamkeit von Psychotherapien, Kosten-Effektivität von Psychotherapien**

In Abschnitt 2.1 wurden die Ergebnisse der Literatur zur Wirksamkeit von Psychotherapien und zur Kosten-Effektivität zusammengefasst. Darauf wird im folgenden auch Bezug genommen.

## **4.2 Herleitung von Szenarien**

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die Beurteilungsdimensionen für mögliche Szenarien hergeleitet. In diesem Abschnitt wollen wir nun einen Schritt weitergehen und konkrete Rahmenbedingungen für Szenarien ableiten. Wir gehen von den drei gesetzlichen Zielen (Solidarität, Qualität, Kosten) aus.

### **Solidarität**

Bei der Solidarität muss zwischen zwei verschiedenen Solidaritäten unterschieden werden:

■ **Solidarität «Gesund»-«Krank»:** Die vorliegenden Studien lassen den Schluss zu, dass heute eine Unterversorgung mit Psychotherapien besteht. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass der Zugang zu Psychotherapien, die von der Grundversicherung übernommen werden, erschwert ist: Zugang erhält man heute indirekt über eine/n Arzt/Ärztin, der/die eine/n delegiert arbeitende/n Therapeut/in angestellt hat, oder direkt bei Psychiater/innen bzw. Grundversorger/innen mit/ohne psychotherapeutischen Weiterbildungen. Daneben besteht ein breites Angebot von psychologischen Psychotherapeut/innen, deren Kosten von den Patient/innen selbst zu übernehmen sind (oder über eine Zusatzversicherung abgedeckt sind). Der erschwerte Zugang führt zu einer Aufweichung der Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» bzw. zu einer Diskriminierung der psychisch kranken Menschen. Eine verbesserte Erfüllung des Postulates der Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» würde daher erfordern, die bestehenden Schwellen im Zugang zu Psychotherapien zu reduzieren oder zu beseitigen. Eine Möglichkeit würde darin bestehen, den Zugang zu psychologischen Psychotherapeut/innen zu vereinfachen.

■ **Solidarität «Reich»-«Arm»:** Die Krankenversicherung enthält über die Steuerfinanzierung der Prämienverbilligungen und (teilweise) der Betriebs- und Investitionskosten im stationären Bereich eine deutliche Solidaritätskomponente zwischen «Reich» und «Arm». Rund ein Drittel der gesamten Grundversicherungskosten sind steuerfinanziert. Indem der Zugang zu Psychotherapien erschwert ist, werden die Patient/innen (teilweise) auf den freien Markt verwiesen. Dies bedeutet, dass sie die Therapien selbst zahlen oder über eine Zusatzversicherung abdecken müssen. Offensichtlich ist dies nur Patient/innen möglich, die über entsprechende finanzielle Mittel verfügen. Dieser Umstand ist im KVG nicht aussergewöhnlich. Bei der Zahnbehandlung hat der Gesetzgeber bspw. bewusst darauf verzichtet, die Leistungen ins KVG zu integrieren. Besonders problematisch wird das Ausschliessen von Leistungen aus dem KVG oder der erschwerte Zugang zu Leistungen dann, wenn die Menschen, die diese Leistungen in Anspruch nehmen müssen/wollen, schwergewichtig oder sogar ausschliesslich dem einkommensschwächeren Teil der Bevöl-

kerung angehören. Für die Schweiz bestehen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Sozialer Schicht und Gesundheit bzw. Inanspruchnahme von Leistungen (vgl. Bisig/Gutzwiler 2004a,b). Aus der wissenschaftlichen Literatur ist bekannt, dass psychisch Kranke in der sozialen Unterschicht deutlich übervertreten sind (vgl. Angermeyer 1987, Blazer et al. 1994 und Rüesch et al. 2000). Dennoch kann man nicht a-priori davon ausgehen, dass der erschwerte Zugang nur und ausschliesslich sozial Schwächere trifft und somit die Solidarität «Reich»-«Arm» sehr stark verletzt.

Würde das Solidaritätsziel als prioritär bezeichnet und ins Zentrum gestellt, so müsste der Zugang zu psychologischen Psychotherapien gegenüber heute stark erleichtert werden. Mit Blick auf die in Abschnitt 3.3 dargestellten vier Zugangsvarianten und die von den Expert/innen vorgenommenen Einschätzungen, würde somit die Variante «Freier Zugang» mit oder ohne weitere Auflagen im Vordergrund stehen.

### **Qualität**

Beim Ziel der Qualität geht es darum, dass die Versorgung ausreichend und qualitativ gut ist. Bei der **Versorgungsdichte** gehen wir aufgrund der bestehenden Studien davon aus, dass eine Unterversorgung besteht.

Zur **Qualität der Versorgung**: Die Untersuchungen von Schweizer (2002) und Beeler et al. (2003) zeigen, dass heute Psychotherapien auch von Personen durchgeführt (und teilweise über die Grundversicherung abgerechnet) werden, die nicht über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. In diesem Bereich ist die Qualität unzureichend. Das neue Psychologieberufegesetz wird, wenn bei der Zulassung im KVG auf das Gesetz abgestellt wird, diesbezüglich einen neuen Standard setzen und in Zukunft garantieren, dass die fachlichen Voraussetzungen für die Durchführung von Psychotherapien weitgehend gewährleistet sind.

Verschiedentlich wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass die Grundversorger/innen psychische Probleme nicht, unzureichend, zu wenig oder zu spät erkennen (Meyer/Hell 2004). Dadurch werden die betroffenen Patient/innen (teilweise) fehlerhaft (zu starkes Gewicht auf der somatischen Diagnose und Behandlung). Als Ursache dieser Schwierigkeit wird die unzureichende Ausbildung der Grundversorger/innen bezüglich dem Erkennen von psychischen Krankheiten angegeben.

Ebenfalls in den Bereich der Qualität der Versorgung gehört die Frage, ob für die diagnostizierten Störungen die «richtigen» Therapiemethoden eingesetzt werden bzw. ob ganz grundsätzlich die eingesetzten Therapiemethoden wirksam sind. Wie in Abschnitt 4.1 erwähnt, erlaubt die wissenschaftliche Literatur hierzu keine abschliessenden Bewertungen. Immerhin hat die Forschung zu «empirically supported treatments» für fast alle wichtigen Indikationsbereiche der Psychotherapie Verfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit identifiziert (Roth/Fonagy 1996, Chambless/Ollendick 2001). Die noch bestehende Unsicherheit über die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung betrifft daher in erster Linie solche Verfahren, für die dieser Nachweis bisher nicht erbracht wurde.

Würde das Qualitätsziel als prioritär bezeichnet und ins Zentrum gestellt, so könnten verschiedene Folgerungen gezogen werden: (a) Die Versorgungsdichte ist ungenügend. Daher ist der Zugang zu psychologischen Psychotherapien zu vereinfachen. (b) Die Ausbildung der Grundversorger/innen im Bereich psychische Krankheiten wäre zu verbessern. (c) Die Unsicherheit über die Wirkungsweise einer bestimmten Therapiemethode im Einzelfall könnte dadurch relativiert werden, dass es regelmässige Standortbestimmungen zum Therapieverlauf gibt. Nach jeder Standortbestimmung wäre zu entscheiden, ob die Therapie fortgesetzt würde oder nicht.

Der Zielbereich «Qualität» deutet somit darauf hin, dass die in Abschnitt 3.3 diskutierte Variante «Freier Zugang mit Auflagen» im Vordergrund stehen sollte.

## Kosten

Gemäss Beeler et al. (2003) betragen die Kosten der im Jahr 2000 zuhanden der Grundversicherung erbrachten Psychotherapien 396 Millionen Franken. Dies entsprach einem Anteil von 2.6 Prozent der Prämieinnahmen und Kostenbeteiligungen der Grundversicherung bzw. einem Anteil von 1.9 Prozent der ganzen Grundversicherungskosten (inkl. Finanzierung der öffentlichen Hand). Beeler et al. (2003) schätzen die Auswirkungen verschiedener Szenarien ab, die einen erleichterten Zugang zu psychologischen Psychotherapien beinhaltet. Je nach Szenario nehmen die Kosten von 396 Millionen Franken (2.6%) auf 498 Millionen Franken (3.2%) bis 648 Millionen Franken (4.2%) zu. Dies entspricht vereinfacht betrachtet ungefähr einer Zunahme der Prämien um 0.6% bis 1.6%. Ess/Szucs (2002) arbeiten darüber hinaus mit Szenarien, was in den 10 Jahren nach der Einrichtung eines völlig freien Zugangs geschehen könnte. Je nach Szenario belaufen sich die von der Grundversicherung zu übernehmenden Kosten 10 Jahre nach der Liberalisierung auf 722 Millionen Franken (4.7% der von den Versicherten getragenen Kosten; Zunahme um 2.1 Prämien-Prozentpunkte) bzw. 864 Millionen Franken (5.6% der Kosten; Zunahme um 3.0% Prämienprozentpunkte).<sup>16</sup>

Frei/Greiner (2001a) untersuchen in ihrer Arbeit den optimalen Einsatz von Psychotherapien in der Schweiz (vgl. ausführlicher Abschnitt 2.2.2). Sie kommen zum Schluss, dass netto rund 1 Milliarde Franken im somatischen Bereich eingespart werden könnten (Kosten der Psychotherapie von rund 1 Milliarde Franken, eingesparte somatische Kosten von rund 2 Milliarden Franken), wenn sich der Einsatz der Psychotherapien in der Schweiz nach den in ausländischen Studien gefundenen Wirksamkeitsverhältnissen richten würde (durchschnittliche Therapiedauer von 15 Stunden).<sup>17</sup> Die Autoren weisen in ihrer Arbeit darauf hin, dass die Realisierung dieses Einsparungspotentials aus verschiedenen Gründen schwierig sein dürfte. Nicht zuletzt wird erwartet, dass es bei den somatischen Leistungserbringer/innen zu Ausweichreaktionen kommen könnte.<sup>18</sup>

Es ist nicht völlig klar, welche Auswirkungen der erleichterte Zugang zu psychologischen Psychotherapien auf die Kosten haben dürfte. Als Fazit aus den vorliegenden Studien darf geschlossen werden, dass es wohl zu Kostensteigerungen kommen wird. Sie fallen aber geringer aus als in Beeler et al. (2003) bzw. Ess/Szucs (2002) prognostiziert, weil im somatischen Bereich auch Einsparungen erzielt werden können.

Wenn das Ziel der Kosten absolut gesetzt würde – «kein einziger Franken zusätzliche Kosten mehr» - dann müsste man sich gegen einen erleichterten Zugang zu psychologischen Psychotherapien aussprechen oder weitere Regelungen im KVG ändern können, die ihrerseits zu einer Kostenreduktion führen. Diese «extreme» Haltung wird allerdings heute bei der Festlegung der durch den Grundleistungskatalog zu übernehmenden Leistungen nicht eingenommen. Auch im somatischen Bereich ist man immer wieder bereit, für Innovationen auch zusätzliche Kosten in Kauf zu nehmen. Folglich dürfte es zu einer Güterabwägung kommen, die nur politisch beantwortet werden kann: Wie viel darf die Verbesserung der Solidarität «Gesund»-«Krank» und die Verbesserung der Qualität der Versorgung zusätzlich kosten?

Neben der Frage des Kostenniveaus ist auf der Ebene der einzelnen Massnahme auch die Frage der Kosten-Effektivität der eingesetzten Therapiemethoden relevant. Wie eingangs erwähnt, gibt es hierzu zwar eine umfangreiche Literatur, aber dennoch sind noch längst nicht alle gebräuchlichen Therapien bei allen wichtigen Indikationen untersucht worden. Will man sich nicht auf ausschliesslich diejenigen Therapien

<sup>16</sup> Vgl. den ausführlicheren Abschnitt 5.2 zur Studie von Ess/Szucs (2002).

<sup>17</sup> Vgl. Spycher et al. (2004) für eine ausführlichere Würdigung der Arbeiten von Beeler et al. (2003) und Frei/Greiner (2001).

<sup>18</sup> Als «Ausweichreaktion» wird das Verhalten von somatischen Ärzt/innen bezeichnet, die auf den durch den verstärkten Einsatz von Psychotherapien ausgelösten Rückgang der Nachfrage nach ihren eigenen Dienstleistungen mit einer Mengenausdehnung bei anderen Patient/innen reagieren.

beschränken, die als «empirically supported» gelten können, so bleibt die Frage, welche Therapie bei welcher Störung in welcher Phase wie lange eingesetzt werden muss, ein Stück weit offen. Hier gibt es daher einen beträchtlichen Forschungsbedarf, sowohl im Ausland wie auch in der Schweiz. Es ist letzten Endes eine politische Frage inwieweit man sich auf bereits empirisch validierte Verfahren beschränken will oder ob man die Therapiefreiheit einer gut ausgebildeten Fachperson möglichst weit fassen will. Aus Gründen des PatientInnenschutzes wie auch der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens ist aber davon abzusehen, mangelhaft ausgebildeten Therapeut/innen die Möglichkeit zur unkontrollierten Anwendung fragwürdiger Verfahren einzuräumen.

Die Offenheit im Bereich der Kosten-Effektivität kann daher – wie bereits auch schon im Bereich der Qualität – für den Zugang der psychologischen Therapeut/innen wie folgt umgesetzt werden: Es ist sinnvoll, bei längerandauernden Therapien regelmässige Standortbestimmungen vorzunehmen, um zu überprüfen, ob die Therapie noch kosten-effektiv ist. Ebenfalls ist zu prüfen, ob nicht mit Fallpauschalen gearbeitet werden sollte.

#### **Fazit**

Wenn wir die Ausführungen zu den drei Zielen Solidarität, Qualität und Kosten zusammenfassen, so könnte ein gemeinsamer Nenner wie folgt aussehen:

- Es herrscht eine Unterversorgung mit Psychotherapien. Daher soll eine Zulassungsform von psychologischen Psychotherapeut/innen gewählt werden, die zu einem grösseren und niederschwelligeren Angebot an Psychotherapien führt.
- Die Unsicherheit über die Wirksamkeit von bestimmten Therapiemethoden bei bestimmten Störungen sowie über den kosten-effektiven Einsatz derselben lässt es als angezeigt erscheinen, dass längerandauernde Psychotherapien regelmässig überprüft werden.
- Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass mögliche Einsparungen von Psychotherapien tatsächlich realisiert werden können, sind verschiedene Massnahmen vorzusehen. Dazu könnten gehören: (a) Die Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringer/innen. Dadurch würde die Gefahr, dass es zu den erwähnten Ausweichreaktionen im somatischen Bereich kommen kann, limitiert. (b) Erhöhte Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeut/innen, damit gewährleistet ist, dass die neusten Forschungserkenntnisse hinsichtlich des kosten-effektiven Einsatzes von Psychotherapien auch tatsächlich in die Praxis umgesetzt werden.

Je nach Gewichtung der drei Ziele des KVG wird man eine andere Ausgestaltung der Zulassung von psychologischen Psychotherapeut/innen bevorzugen. Um verschiedene Szenarien unterscheiden zu können, nehmen wir in Absprache mit dem Auftraggeber unterschiedliche Zielgewichtungen vor. Beim nachfolgend geschilderten Szenario 1 «Freier Zugang mit Zweitmeinungsverfahren (KVG sonst unverändert)» haben die Ziele Solidarität und Qualität ein höheres, die Kostenbeschränkung ein etwas tieferes Gewicht. Bei Szenario 2 «Freier Zugang mit Zweitmeinungsverfahren und tieferer oberer Grenze für die Therapiedauer (KVG sonst unverändert)» wurde das Kostenziel etwas stärker, bei Szenario 3 «Überweisung mit Zweitmeinungsverfahren und tieferer oberer Grenze für die Therapiedauer (KVG sonst unverändert)» deutlich stärker als in Szenario 1 gewichtet.

Gemeinsam ist den ersten drei Szenarien, dass weitere Regelungen des KVG, bspw. im Bereich des Kontrahierungszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringer/innen, nicht verändert werden sollen. Daher wird den Bezeichnungen der Szenarien die Ergänzung «KVG sonst unverändert» beigefügt. Die Konstantlassung der übrigen KVG-Regulierungen stellt eine Schwierigkeit dar, weil Änderung weiterer KVG-Bestimmungen dazu führen könnten, dass bspw. das Ausweichverhalten der somatischen Ärzt/innen

in seinen Auswirkungen limitiert werden kann. In Absprache mit dem Auftraggeber wurde daher ein Szenario 4 «Überweisung mit Zweitmeinungsverfahren und tieferer oberer Grenze für die Therapiedauer (KVG verändert)» entwickelt. Das Szenario 4 soll in der Weiterentwicklung von Szenario 3 die Bedingung erfüllen, dass die Auswirkungen der Zulassung von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen für die Krankenversicherung kostenneutral ausfällt. Nicht betrachtet werden in diesen Kostenüberlegungen denkbare Einsparungen in weiteren Sozialversicherungszweigen (bspw. der Invalidenversicherung, der Ergänzungsleistungen, der Sozialhilfe etc.). Das vierte Szenario gewichtet das KVG-Ziel der Kosten daher noch einmal stärker als Szenario 3.

Der völlig freie Zugang zu psychologischen Therapeut/innen ohne jeglichen Auflagen trägt den Bedenken im Bereich der Qualität bzw. der Kosten-Effektivität verschiedener Therapiemethoden zu wenig Rechnung. Daher schliessen wir diese Variante aus.

### 4.3 Beschreibung von vier möglichen Szenarien

In den Abschnitten 4.1 und 4.2 haben wir die Umrisse von möglichen Zulassungsszenarien von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung systematisch hergeleitet. Nachfolgend werden die Umrisse dieser Szenarien etwas detaillierter skizziert. Die beiden Szenarien 1 (Abschnitt 4.3.2) und 2 (Abschnitt 4.3.3) gehen dabei von einem freien Zugang der Patient/innen zu psychologischen Psychotherapeut/innen aus. Ein geeignet ausgestaltetes Zweitmeinungsverfahren soll garantieren, dass auch das KVG-Ziel der Kostenbeschränkung berücksichtigt wird. In Szenario 3 (Abschnitt 4.3.4), in dem das KVG-Ziel der Kostenbeschränkung stärker gewichtet wird, steht ein Überweisungsverfahren von Ärzt/innen zu selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen im Vordergrund. Auch in Szenario 3 ist vorgesehen, dass nach einer bestimmten Therapiedauer ein Zweitmeinungsverfahren durchgeführt wird. In Szenario 4 schliesslich wird das Szenario 3 ergänzt mit möglichen weiteren Änderungen im KVG, die dazu führen, dass die Auswirkungen der Zulassung im Rahmen der Krankenversicherung kostenneutral sind (Abschnitt 4.3.5). Aufgrund der Bedeutung des Zweitmeinungsverfahrens für alle vier Szenarien, beginnen wir in Abschnitt 4.3.1 mit der Diskussion einer möglichen Ausgestaltung.

#### 4.3.1 Vorschlag für die Ausgestaltung eines Zweitmeinungsverfahrens

Bei allen der vier nachfolgend geschilderten Szenarien wird ein Zweitmeinungsverfahren vorgeschlagen. Daher soll an dieser Stelle – im Sinne einer diskussionsauslösenden Illustration – eine möglichst konkrete Ausgestaltung eines solches Verfahrens ausformuliert werden. Es gibt sehr viele Möglichkeiten, ein Zweitmeinungsverfahren auszugestalten. Eine denkbare Variante wurde in der im Jahr 2001 vom Bundesamt für Sozialversicherung sistierten Verordnung entworfen. Nachfolgend stellen wir einen anderen Zugang zur Diskussion, der sich stark an den Ergebnissen der ExpertInnengespräche orientiert. Wir formulieren den Vorschlag möglichst konkret, damit auch die prozessualen Abläufe sichtbar werden.

■ Für die wichtigsten Diagnoseklassen<sup>19</sup> sollen unter Berücksichtigung des Schweregrades und der Chronifizierung «obere» Therapiedauern festgelegt werden. Diese sind unabhängig von den Therapiemethoden, aber abhängig von den Diagnosestellungen. Die diagnoseklassenspezifischen «oberen» Therapiedauern sollen grundsätzlich unter Bezug der in den wissenschaftlichen Arbeiten belegten optimalen Therapiedauern festgelegt werden. Gleichzeitig muss davon ausgegangen werden, dass die heute in der

<sup>19</sup> Ausgangspunkt für die Diagnoseklassen können die F-Diagnosen der ICD-10-Klassierung sein. In Deutschland geht man in der Praxis von 12 grossen Diagnoseklassen aus. Einzelne Klassen werden dann noch weiter unterschieden.



Schweiz praktizierten Therapiedauern wesentlich länger sind. Es wird daher gelten, die «oberen» Therapiedauern so zu bestimmen, dass sich die Praxis in vernünftiger Zeit anpassen kann. Die im Psychologieberufegesetz vorgesehene Psychologieberufekommission würde sich als Organ dafür eignen, nach Anhörung der Verbände die «oberen» Therapiedauern festzulegen.

Viele Patient/innen sind komorbid und werden Störungen von verschiedenen Diagnoseklassen aufweisen. Dies muss sich in der «oberen» Therapiedauer abbilden können. Allerdings muss ein einfach handhabbares Verfahren zur Anwendung kommen. Bspw. könnte die «obere» Therapiedauer der gravierendsten Störung um einen Drittel erhöht werden, wenn gleichzeitig Störungen aus verschiedenen Diagnoseklassen vorliegen.<sup>20</sup>

■ Mangels wissenschaftlicher Grundlagen wird es nicht möglich sein, für alle Diagnosen oder Diagnoseklassen eine «obere» Therapiedauer anzugeben. Für all diese Diagnosen kann zusammen eine einheitliche «generelle obere» Therapiedauer festgelegt werden. Diese kann immer dann erhöht oder gesenkt werden, wenn entsprechende wissenschaftliche Arbeiten dies nahe legen. Damit die nachfolgend geschilderten Szenarien möglichst konkret werden, schlagen wir eine «generelle obere» Therapiedauer wie folgt vor: Ein erster Ausgangspunkt stellt die heute bereits für Psychiater/innen geltende Obergrenze von 60 Stunden dar (vgl. dazu den Anhang). Geht man von der wissenschaftlichen Literatur aus, so dürfte die Grenze tiefer liegen. In Szenario 2 werden wir daher von 40 Stunden als «genereller oberer» Therapiedauer ausgehen.

■ Die «oberen» Therapiedauern können im Einzelfall überschritten werden. Notwendig dazu ist eine zustimmende Zweitmeinung eines/einer ärztlichen Psychotherapeut/in oder eines/einer psychologischen Psychotherapeut/in. Bei Zustimmung der/des Zweitgutachter/in kann die «obere» Therapiedauer um 50 Prozent erhöht werden (bei den «generellen oberen» Therapiedauern von 60 Stunden um 30 Stunden, bei 40 Stunden um 20 Stunden). Dadurch ergibt sich die «erhöhte» Therapiedauer (bei der «generellen oberen» Therapiedauer würde sich die «generelle erhöhte» Therapiedauer 90 Stunden bzw. 60 Stunden betragen).

■ Das Zweitmeinungsverfahren soll derart ausgestaltet werden, dass es wenig bürokratisch abläuft, dass es nicht sehr häufig angewendet werden muss, damit sich die dadurch verursachten Kosten im Rahmen halten, und dass es nicht dazu führt, dass sich Therapeut/innen gegenseitig Gefälligkeitsgutachten ausstellen. Verschiedene Varianten können diese Anforderungen erfüllen. Wir können uns bspw. folgendes Vorgehen vorstellen:<sup>21</sup>

Der/die Zweitgutachter/in wird im Einzelfall vom Kanton zugewiesen. Dabei wird wie folgt vorgegangen: Der Kanton erstellt eine Liste aller auf dem Kantonsgebiet zur Abrechnung über die Grundversicherung zugelassenen ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeut/innen. Dabei müssen die Therapeut/innen angeben, welche Diagnoseklassen sie behandeln können und welche Therapiemethoden sie beherrschen. Je nach Fallkonstellation, die durch die Diagnoseklassen und die Methode bestimmt wird, ergibt sich aus der Kantonsliste eine Anzahl von möglichen Zweitgutachter/innen. Aus dieser Gruppe wird der/die konkrete Zweitgutachter/in zufällig ausgewählt.

■ Auch die «erhöhte» Therapiedauer kann im Einzelfall überschritten werden. Dazu notwendig sind erstens zwei zustimmende Zweitmeinungen ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut/innen. Die Therapiedauer wird wiederum um 50 Prozent der «oberen» Therapiedauer erhöht (bei der «generellen erhöh-

---

<sup>20</sup> Nach dem Abschluss einer Therapie kann es noch zu Nachbehandlungen kommen. Diese sind in der Anzahl und nach Störungsbereich im Sinne einer maximalen Obergrenze festzulegen.

<sup>21</sup> Mögliche Alternativen wären: (a) Die Einrichtung eines regionalen bzw. kantonalen psychotherapeutischen Kompetenzzentrums, in dem Psychotherapeut/innen arbeiten, die parallel zu ihrer Tätigkeit nicht praktizieren (und damit unabhängig sind). Dies könnte u.U. dazu führen, dass unabhängiger Urteile möglich sind (Verhinderung von Gefälligkeitsgutachten für Berufskolleg/innen). (b) Die Einrichtung einer psychotherapeutischen Kommission, die über die Verlängerung der Psychotherapie entscheidet.

ten» Therapiedauer von 90 Stunden auf 120 Stunden bzw. von 60 Stunden auf 80 Stunden). Die Zweitgutachter/innen werden nach demselben Verfahren bestimmt wie bei der Überschreitung der «oberen» Therapiedauer. Keine/r der Zweitgutachter/innen darf bereits in der ersten Stufe (von der «oberen» zur «erhöhten» Therapiedauer) involviert gewesen sein. Weiter ist für die zweite Verlängerung der «oberen» Therapiedauer notwendig, dass eine Vertrauensstelle der Versicherer die Zustimmung zur Verlängerung erteilt. Es kann sich dabei um eine/n Vertrauenspsychotherapeut/in des Versicherers handeln, aber bspw. auch um eine «zentrale» Stelle aller Versicherer gemeinsam (psychotherapeutisches Kompetenzzentrum).

Tabelle 5: Vorgeschlagene Therapiedauern

	Variante 1	Variante 2
<b>Ausgangspunkt</b>		
Generelle obere Therapiedauer: Kommt zur Anwendung, wenn keine diagnoseklassenspezifische obere Thera- piedauer festgelegt wird	60 Stunden	40 Stunden
Diagnoseklassenspezifische obere Thera- piedauer	Kann von 60 Stunden nach oben und unten abweichen; muss mit wissenschaft- lichen Studien belegt werden	Kann von 40 Stunden nach oben und unten abweichen; muss mit wissenschaft- lichen Studien belegt werden
Patient/innen mit Komorbiditäten	Die generelle obere Therapiedauer bzw. die diagnoseklassenspezifische Therapie- dauer kann um einen Drittel erhöht wer- den (bei der generellen oberen Therapie- dauer um 20 Stunden auf 80 Stunden)	Die generelle obere Therapiedauer bzw. die diagnoseklassenspezifische Therapie- dauer kann um einen Drittel erhöht wer- den (bei der generellen oberen Therapie- dauer um 13 Stunden auf 53 Stunden)
<b>Erste Therapieerweiterung</b>		
Generelle erhöhte obere Therapiedauer 1: Kommt zur Anwendung, wenn keine diagnoseklassenspezifische obere Thera- piedauer festgelegt wird	Liegt um 50 Prozent über der generellen oberen Therapiedauer, also bei 90 Stun- den; notwendig für die Verlängerung ist eine Zweitmeinung	Liegt um 50 Prozent über der generellen oberen Therapiedauer, also bei 60 Stun- den; notwendig für die Verlängerung ist eine Zweitmeinung
Diagnoseklassenspezifische erhöhte obere Therapiedauer 1	Kann von 90 Stunden nach oben und unten abweichen; Ausgangspunkt ist die diagnosespezifische obere Therapiedauer	Kann von 60 Stunden nach oben und unten abweichen; Ausgangspunkt ist die diagnosespezifische obere Therapiedauer
Patient/innen mit Komorbiditäten	Ausgangspunkt ist die um einen Drittel erhöhte generelle obere bzw. diagnose- spezifische obere Therapiedauer, die um 50 Prozent erhöht werden kann (bei der generellen oberen Therapiedauer von 80 auf 120 Stunden)	Ausgangspunkt ist die um einen Drittel erhöhte generelle obere bzw. diagnose- spezifische obere Therapiedauer, die um 50 Prozent erhöht werden kann (bei der generellen oberen Therapiedauer von 53 auf 80 Stunden)
<b>Zweite Therapieerweiterung</b>		
Generelle erhöhte obere Therapiedauer 2: Kommt zur Anwendung, wenn keine diagnoseklassenspezifische obere Thera- piedauer festgelegt wird	Weitere Erhöhung um 50 Prozent der generellen oberen Therapiedauer von 90 auf 120 Stunden; notwendig für die Verlängerung sind zwei Zweitmeinungen und die Zustimmung der Versicherung	Weitere Erhöhung um 50 Prozent der generellen oberen Therapiedauer von 60 auf 80 Stunden; notwendig für die Ver- längerung sind zwei Zweitmeinungen und die Zustimmung der Versicherung
Diagnoseklassenspezifische erhöhte obere Therapiedauer 2	Kann von 120 Stunden nach oben und unten abweichen; Ausgangspunkt ist die diagnosespezifische obere Therapiedauer	Kann von 80 Stunden nach oben und unten abweichen; Ausgangspunkt ist die diagnosespezifische obere Therapiedauer
Patient/innen mit Komorbiditäten	Erhöhung um 50 Prozent der um einen Drittel erhöhten generellen oberen bzw. diagnosespezifischen oberen Therapie- dauer (bei der generellen oberen Therapie- dauer von 120 auf 160 Stunden)	Erhöhung um 50 Prozent der um einen Drittel erhöhten generellen oberen bzw. diagnosespezifischen oberen Therapie- dauer (bei der generellen oberen Therapie- dauer von 80 auf 107 Stunden)
<b>Weitere Therapieerweiterungen</b>		
Generelle erhöhte obere Therapiedauer X: Kommt zur Anwendung, wenn keine diagnoseklassenspezifische obere Thera- piedauer festgelegt wird	Vorgehen analog zur zweiten Therapieer- weiterung	Vorgehen analog zur zweiten Therapieer- weiterung
Diagnoseklassenspezifische erhöhte obere Therapiedauer X	Vorgehen analog zur zweiten Therapieer- weiterung	Vorgehen analog zur zweiten Therapieer- weiterung
Patient/innen mit Komorbiditäten	Vorgehen analog zur zweiten Therapieer- weiterung	Vorgehen analog zur zweiten Therapieer- weiterung

Quelle: Eigene Darstellung

■ Das Verfahren rund um die Überschreitung der «erhöhten» Therapiedauer kann nach dem Ablauf der zusätzlich gesprochenen Therapiedauern mehrfach wiederholt werden. Denkbar ist auch, dass schwerst-

krankte Menschen mit bestimmten Diagnosen eine lange, stützende psychotherapeutische Begleitung benötigen. Dies soll möglich sein und kann bspw. durch die Ausscheidung entsprechender Diagnoseklassen erfolgen. Die lange psychotherapeutische Begleitung soll dem Einzelfall gerecht und von Gutachter/innen bzw. Vertrauenspsychotherapeut/innen der Versicherungen entschieden werden.

**Tabelle 5** fasst die Therapiedauern, von denen wir im folgenden ausgehen wollen, zusammen.

Obschon wir verschiedene Details der Ausgestaltung des Zweitmeinungsverfahrens an dieser Stelle zur besseren Illustration der Abläufe konkret ausgeführt haben, stellen die genannten Werte und Prozesse natürlich nur eine mögliche Variante unter anderen dar.

### Standard-Evaluationsinstrument

Denkbar ist ergänzend zum Zweitmeinungsverfahren auch die Einführung eines ein- bis zweiseitigen Standard-Evaluationsinstrumentes, das der/die Therapeut/in und der/die Patient/in in vorgegebenen zeitlichen Abständen ausfüllen.<sup>22</sup> Das Instrument soll dazu dienen, den Therapiefortschritt abzubilden. Ein derartiges Evaluationsinstrument könnte den Zweitgutachter/innen und den Versicherungen zusätzlich als Basis für ihre Beurteilung dienen. Gleichzeitig könnten die ausgefüllten Evaluationsblätter eine ausgezeichnete Grundlage für Wirkungsforschungen darstellen. Die Daten sollen dazu zentral gesammelt und aufbereitet werden.

### 4.3.2 Szenario 1: Freier Zugang mit Zweitmeinungsverfahren (KVG sonst unverändert)

#### Ausgestaltung

- Alle selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen nach Psychologieberufegesetz können ihre Leistungen über die Grundversicherung abrechnen.
- Die Diagnosestellung und Indikation kann sowohl von ärztlichen wie auch von psychologischen Psychotherapeut/innen vorgenommen werden.
- Die Therapeut/innen haben – analog zu den Ärzt/innen – eine sehr weitgehende Therapiefreiheit. Die Qualität der Therapien wird primär über die Vorschriften zur Aus-, Weiter- und Fortbildung im Rahmen des Psychologieberufegesetzes garantiert. Die Bildungsgänge sollten sich auf Therapieverfahren konzentrieren, deren Wirksamkeit belegt ist. Die Konzeption der Bildungsgänge sollte weniger von Therapieschulen ausgehen als vielmehr von den Patient/innen und ihren Störungen.
- Die generelle obere Therapiedauer beträgt 60 Stunden (vgl. dazu Abschnitt 4.3.1; Variante 1). Für die wichtigsten Diagnoseklassen können die oberen Therapiedauern von 60 Stunden aus nach oben oder nach unten abweichen. Liegen Komorbiditäten vor, so können die oberen Therapiedauergrenzen um einen Drittel erhöht werden.
- Nach dem Erreichen der oberen Therapiedauer soll die Notwendigkeit und die Kosten-Effektivität der Therapie durch das Einholen einer Zweitmeinung überprüft werden. Die Therapie kann zuhanden der Grundversicherung nur dann fortgesetzt werden, wenn die Zweitmeinung eine Therapieverlängerung ebenfalls befürwortet. Die Therapieverlängerung beträgt 50 Prozent der oberen Therapiedauer. Dieses Verfahren kann wiederholt werden (vgl. dazu Abschnitt 4.3.1; Variante 1).
- Therapeut/innen in Ausbildung können von Psychiater/innen, ärztlichen Psychotherapeut/innen und psychologischen Psychotherapeut/innen – alle mit einigen Jahren Berufserfahrung – im Delegationsverhältnis angestellt werden können.

---

<sup>22</sup> Grundsätzlich wäre es auch denkbar, ein Standard-Evaluationsinstrument anstelle des Zweitmeinungsverfahrens einzuführen.

- Patient/innen können von allen Ärzt/innen an psychologische Psychotherapeut/innen überwiesen werden.
- Wenn die Patient/innen direkt die psychologischen Psychotherapeut/innen ohne vorgängige ärztliche Konsultation aufsuchen, so sind die Psychotherapeut/innen verpflichtet, die Patient/innen zu einer somatischen Kontrolluntersuchung zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin zu schicken.

### **Zu prüfende ergänzende Regelungen**

- Es ist zu prüfen, ob im Rahmen einer Verordnung zum Psychologieberufegesetz festgelegt werden könnte, dass die Therapeut/innen in der Diagnose und der Therapie aller wichtigen Störungsformen ausgebildet werden müssen.<sup>23</sup>
- Es ist zu prüfen, ob nur psychotherapeutische Methoden zugelassen werden, für die in methodisch adäquaten wissenschaftlichen Studien belegt wurde, dass sie wirksam sind. Dabei sollte es sich möglichst um Studien aus der Schweiz oder aus Ländern, die mit der Schweiz gut vergleichbar sind, handeln. Die Wirksamkeit sollte sich auf einzelne Diagnoseklassen beziehen.

### **Nicht Gegenstand des Szenarios**

Nicht Gegenstand des Szenarios ist die Auflage, dass psychologische Psychotherapeut/innen ihre Leistungen innerhalb von Netzwerken erbringen müssen. Dies kann realistischerweise erst zur Auflage gemacht werden, wenn sie derartige Versorgungsformen generell stärker entwickeln und verbreiten.

### **Vor- und Nachteile des Szenarios**

An dieser Stelle werden die Vor- und Nachteile des Szenarios aufgrund der Ausführungen in Abschnitt 3 nur ganz grob umrissen.

- Vorteile: (a) Die Zugangsschwelle zu psychologischen Psychotherapien ist wesentlich tiefer als heute. In der Folge kann die Unterversorgung mit Psychotherapien abgebaut werden. (b) Die zu erwartende Kostenzunahme wird durch das Zweitmeinungsverfahren nach oben limitiert. (c) Es kann erwartet werden, dass die Qualität der Therapien zunimmt, weil die Patient/innen «ihre» Therapeut/innen vollständig frei wählen können.
- Nachteil: Aufgrund des zu erwartenden höheren Angebotes von psychologischen Psychotherapien sowie aufgrund der zu erwartenden höheren Nachfrage werden die Kosten für die Grundversicherung zunehmen. Die zu erwartenden Kosteneinsparungen im somatischen Bereich dürften die erwarteten Mehrkosten im psychotherapeutischen Bereich nicht aufwiegen (vgl. dazu die nachfolgenden Ausführungen).

### **Mögliche Kostenfolgen**

Um die möglichen Kostenfolgen des Szenarios 1 abzuschätzen, wären ausführlichere Analysen notwendig. Eine erste, sehr grobe Abschätzung kann aber aufgrund der Arbeiten von Ess/Szucs (2002) vorgenommen werden.

- Ausgangspunkt der Überlegungen sind die von Ess/Szucs (2002) geschätzten Kosten für Psychotherapien, die im Jahr 2000 im Rahmen der Grundversicherung entstanden sind (395 Millionen Franken; 2.6%

---

<sup>23</sup> Es geht weniger darum, dass die Therapeut/innen mehrere Therapiemethoden anwenden können – was zweifelsohne hilfreich ist –, sondern mehr um die konkrete Situation in der Praxis. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass die Therapeut/innen mit sehr vielen verschiedenen Störungsbildern konfrontiert werden können. Sie sollten daher die Kompetenzen haben, die Störungen zu erkennen und die adäquaten Methoden festlegen zu können. Sollten sie selbst die notwendige Therapiemethode nicht anwenden können, so sollten sie die Patient/innen an entsprechende Fachpersonen überweisen.

der Kosten<sup>24</sup>). Die Kosten in der Grundversicherung nahmen zwischen 2000 und 2003 um 15.8 Prozent zu (BAG 2004). Schätzen wir ein analoges Wachstum zwischen 2003 und 2004 und nehmen an, dass sich die Psychotherapiekosten im allgemeinen Trend entwickelt haben, so dürften sich die Kosten der Psychotherapien in der Grundversicherung im Jahr 2004 auf ca. 480 Millionen Franken belaufen. Die Kosten dürften sogar noch etwas höher liegen, weil die über die delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen erbrachten Leistungen zugenommen haben (Meier 2004). Zur Zeit fehlen aber konkretere Angaben, um diese Kostensteigerung zu berücksichtigen.

■ Der freie Zugang dürfte zur Folge haben, dass ein Grossteil der heute bereits erbrachten psychotherapeutischen Leistungen, die über die Zusatzversicherungen oder von den Patient/innen selbst bezahlt werden, neu über die Grundversicherung finanziert werden. Ess/Szucs (2002) schätzen diese Zusatzkosten für das Jahr 2000 auf 100 Millionen Franken. Dies entspricht für das Jahr 2004 122 Millionen Franken. Die Gesamtkosten für über die Grundversicherung finanzierte Psychotherapien würde somit auf 602 Millionen Franken (480 Millionen + 122 Millionen) steigen (Zunahme um 22%). Der Anteil der Psychotherapiekosten an den Kosten der Grundversicherung würde von 2.6 Prozent auf 3.2 Prozent zunehmen.

■ Der freie Zugang zu psychologischen Psychotherapeut/innen, die über die Grundversicherung abrechnen können, wird dazu führen, dass die Nachfrage nach diesen Leistungen zunimmt. Ess/Szucs (2002) gehen aufgrund der Ergebnisse der Literatur davon aus, dass die Inanspruchnahme in den 10 Jahren, die der Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen folgen, deutlich zunimmt. Sie schätzen, dass die jährliche Nachfrage nach Ablauf der 10 Jahre zwischen 30 Prozent bis 50 Prozent höher liegt als heute.<sup>25</sup> Dies würde – ausgehend vom Jahr 2000 – zu Kosten zwischen 722 und 864 Millionen Franken führen. Ausgehend von den Kosten im Jahr 2004 (602 Millionen Franken) dürften die Kosten somit auf 878 (Zunahme um 45%) bis 1'051 Millionen Franken (75%) steigen. Der Anteil der Psychotherapiekosten an den Kosten der Grundversicherung insgesamt würde somit unter Berücksichtigung der Mengenausdehnung von heute 2.6 Prozent (480 Millionen Franken) auf 4.7 Prozent (878 Millionen Franken) bis 5.6 Prozent (1'051 Millionen Franken) zunehmen.

■ Die durch das Zweitmeinungsverfahren und die oberen Therapiedauern verankerten Auflagen sind in Szenario 1 so abgefasst, dass im Unterschied zu heute «ungerechtfertigt» lange Therapiedauern ausgeschlossen werden können. Dies dürfte zu Kosteneinsparungen führen, die aber schwer abzuschätzen sind. Gleichzeitig verursachen die Zweitmeinungsverfahren auch zusätzliche administrative Kosten.

■ Die Literatur zeigt, dass der Einsatz von Psychotherapien im somatischen Bereich zu Kosteneinsparungen führt. Inwiefern diese Einsparungen tatsächlich realisiert werden, hängt auch von der Reaktion der somatischen Ärzt/innen auf die reduzierte Nachfrage ab.

Für Szenario 1 rechnen wir – ohne Berücksichtigung der Kosteneinsparungen im somatischen Bereich – ganz grob mit langfristigen Kostenfolgen für die Grundversicherung in der Höhe von 398 (878 Millionen – 480 Millionen) bis 571 Millionen Franken (1'051 Millionen – 480 Millionen). Die Schätzungen sind, wie erwähnt, nur ganz grobe erste Angaben, die sich auf das vorhandene empirische Material stützen. Der freie Zugang dürfte zu einer deutlichen Zunahme der Inanspruchnahme von Psychotherapien führen. Inwiefern damit effektiv substantielle Kostensteigerungen verbunden sind, dürfte vom Ausmass der realisierbaren Kosteneinsparungen im somatischen Bereich abhängen. Aufgrund der vorliegenden Studien kann zur Zeit nicht entschieden werden, welcher Effekt per Saldo grösser sein wird. Wenn die Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringer/innen nicht eingeführt wird (Fortsetzung des Status

---

<sup>24</sup> Unter Kosten verstehen wir die von den Versicherern bezahlten Leistungen sowie die Kostenbeteiligungen der Versicherten. Die Subventionen der öffentlichen Hand (insbesondere im stationären Bereich) werden nicht berücksichtigt.

<sup>25</sup> Wichtig ist in diesem Zusammenhang folgende Bemerkung: Ess/Szucs gehen von einer Annahme über die Zunahme der Patient/innen aus. Die Zahl der Psychotherapeut/innen dürfte noch stärker steigen, weil immer mehr Personen teilzeitlich arbeiten.

Quo), muss aufgrund der angebotsinduzierten Nachfrage eher damit gerechnet werden, dass die Kostensteigerungen grösser sind als die Kosteneinsparungen. In Szenario 4 nehmen wir diesen Aspekt auf.

### 4.3.3 Szenario 2: Freier Zugang mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG sonst unverändert)

#### Ausgestaltung

Bedingung für die Ausgestaltung des Szenarios 2 ist gegenüber dem Szenario 1 die stärkere Berücksichtigung der möglichen Kostenzunahme durch die Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen. Dazu sollen die Auflagen hinsichtlich der oberen Therapiedauer restriktiver gefasst werden. Die obere generelle Therapiedauer soll bei 40 Stunden (statt bei 60 Stunden des Szenarios 1) liegen. Richtschnur für die Festlegung bei 40 Stunden sind die wissenschaftlichen Studien zur optimalen Therapiedauer (vgl. dazu den Abschnitt 4.3.1, Variante 2). Diagnoseklassenspezifische Abweichungen nach oben sowie nach unten wären nach wie vor möglich.

#### Zu prüfende ergänzende Regelungen

- Es ist zu prüfen, ob im Rahmen einer Verordnung zum Psychologieberufegesetz festgelegt werden könnte, dass die Therapeut/innen in der Diagnose und der Therapie aller wichtigen Störungsformen ausgebildet werden müssen.<sup>26</sup>
- Es ist zu prüfen, ob nur psychotherapeutische Methoden zugelassen werden, für die in methodisch adäquaten wissenschaftlichen Studien belegt wurde, dass sie wirksam sind. Dabei sollte es sich möglichst um Studien aus der Schweiz oder aus Ländern, die mit der Schweiz gut vergleichbar sind, handeln. Die Wirksamkeit sollte sich auf einzelne Diagnoseklassen beziehen.

#### Nicht Gegenstand des Szenarios

Nicht Gegenstand des Szenarios ist die Auflage, dass psychologische Psychotherapeut/innen ihre Leistungen innerhalb von Netzwerken erbringen müssen. Dies kann realistischerweise erst zur Auflage gemacht werden, wenn sie derartige Versorgungsformen generell stärker entwickeln und verbreiten.

#### Vor- und Nachteile

Szenario 2 hat dieselben Vor- und Nachteile wie Szenario 1, allerdings mit einer leicht anderen Gewichtung. Aufgrund der kürzeren oberen Therapiedauer wiegen sowohl die Vorteile auf der Versorgungsseite wie auch die erwarteten Nachteile auf der Kostenseite etwas weniger schwer.

#### Mögliche Kostenfolgen

Für Szenario 1 haben wir – ohne Berücksichtigung der Kosteneinsparungen im somatischen Bereich - ganz grob mit langfristigen Kostenfolgen für die Grundversicherung in der Höhe von 398 bis 571 Millionen Franken gerechnet. In Szenario 2 werden die Auflagen schärfer gefasst. Somit dürfte die Kostenzunahme geringer ausfallen als in Szenario 1.

---

<sup>26</sup> Es geht weniger darum, dass die Therapeut/innen mehrere Therapiemethoden anwenden können – was zweifelsohne hilfreich ist –, sondern mehr um die konkrete Situation in der Praxis. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass die Therapeut/innen mit sehr vielen verschiedenen Störungsbildern konfrontiert werden können. Sie sollten daher die Kompetenzen haben, die Störungen zu erkennen und die adäquaten Methoden festlegen zu können. Sollten sie selbst die notwendige Therapiemethode nicht anwenden können, so sollten sie die Patient/innen an entsprechende Fachpersonen überweisen.

### **4.3.4 Szenario 3: Überweisung mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG sonst unverändert)**

#### **Ausgestaltung**

Bedingung für die Ausgestaltung des Szenarios 3 ist gegenüber dem Szenario 1 ebenfalls die stärkere Berücksichtigung der möglichen Kostenzunahme durch die Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen. Allerdings wird ein anderer Weg beschritten als in Szenario 2, indem vom freien Zugang zu selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen abgewichen wird. Im Zentrum steht neu das Überweisungsverfahren.

■ Dienstleistungen von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen gemäss Psychologieberufegesetz können dann über die Grundversicherung abgerechnet werden, wenn ihnen die Patient/innen von Ärzt/innen für die Durchführung einer Psychotherapie überwiesen werden.

■ Die generelle obere Therapiedauer beträgt 40 Stunden (vgl. dazu Abschnitt 4.3.1; Variante 2). Für die wichtigsten Diagnoseklassen können die oberen Therapiedauern von 40 Stunden aus nach oben oder nach unten abweichen. Liegen Komorbiditäten vor, so können die oberen Therapiedauergrenzen um einen Drittel erhöht werden.

■ Nach dem Erreichen der oberen Therapiedauer soll die Notwendigkeit und die Kosten-Effektivität der Therapie durch das Einholen einer Zweitmeinung überprüft werden. Die Therapie kann zuhanden der Grundversicherung nur dann fortgesetzt werden, wenn die Zweitmeinung eine Therapieverlängerung ebenfalls befürwortet. Die Therapieverlängerung beträgt 50 Prozent der oberen Therapiedauer. Dieses Verfahren kann wiederholt werden (vgl. dazu Abschnitt 4.3.1; Variante 2).

■ Therapeut/innen in Ausbildung können von Psychiater/innen, ärztlichen Psychotherapeut/innen oder psychologischen Psychotherapeut/innen – alle mit einigen Jahren Berufserfahrung – im Delegationsverhältnis angestellt werden können.

#### **Zu prüfende ergänzende Regelungen**

■ Es ist zu prüfen, ob alle Ärzt/innen und ohne weitere Qualifikationsvoraussetzungen Überweisungen vornehmen können sollen.

■ Es ist zu prüfen, ob im Rahmen einer Verordnung zum Psychologieberufegesetz festgelegt werden könnte, dass die Therapeut/innen in der Diagnose und der Therapie aller wichtigen Störungsformen ausgebildet werden müssen.<sup>27</sup>

■ Es ist zu prüfen, ob nur psychotherapeutische Methoden zugelassen werden, für die in methodisch adäquaten wissenschaftlichen Studien belegt wurde, dass sie wirksam sind. Dabei sollte es sich möglichst um Studien aus der Schweiz oder aus Ländern, die mit der Schweiz gut vergleichbar sind, handeln. Die Wirksamkeit sollte sich auf einzelne Diagnoseklassen beziehen.

---

<sup>27</sup> Es geht weniger darum, dass die Therapeut/innen mehrere Therapiemethoden anwenden können – was zweifelsohne hilfreich ist –, sondern mehr um die konkrete Situation in der Praxis. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass die Therapeut/innen mit sehr vielen verschiedenen Störungsbildern konfrontiert werden können. Sie sollten daher die Kompetenzen haben, die Störungen zu erkennen und die adäquaten Methoden festlegen zu können. Sollten sie selbst die notwendige Therapiemethode nicht anwenden können, so sollten sie die Patient/innen an entsprechende Fachpersonen überweisen.

### Nicht Gegenstand des Szenarios

Nicht Gegenstand des Szenarios ist die Auflage, dass psychologische Psychotherapeut/innen ihre Leistungen innerhalb von Netzwerken erbringen müssen. Dies kann realistischerweise erst zur Auflage gemacht werden, wenn sie derartige Versorgungsformen generell stärker entwickeln und verbreiten.

### Vor- und Nachteile

In Szenario 3 wird das Kostenziel des KVG noch stärker gewichtet als in Szenario 2. In der Folge reduziert sich gegenüber den Szenarien 1 und 2 sowohl der Vorteil auf der Versorgungsseite wie auch der Nachteil auf der Kostenseite. Der Unterschied zum Status Quo ist bei Szenario 3 am geringsten. Gestützt auf die Ergebnisse in Abschnitt 3.3.2 könnten darüber hinaus auch noch spezifische Vor- und Nachteile genannt werden:

- Spezifischer Vorteil: (a) Die Variante «Überweisung» entspricht dem Gatekeeper-Modell, welches ganz generell in der gesundheitspolitischen Diskussion immer mehr an Attraktivität erlangen wird. (b) Die somatische Abklärung und Behandlung ist bereits bei Beginn der Behandlung gewährleistet.
- Spezifische Nachteile: (a) Die freie Wahl der Therapiemethode ist nur eingeschränkt gewährleistet, weil die überweisenden Ärzt/innen durch die Wahl der Therapeut/innen auch die Methoden (mit-) bestimmen. (b) Viele Grundversorger/innen erkennen heute psychische Störungen zu wenig gut. Damit sich die Versorgungslage verbessert, müsste daher auch die Aus- und Weiterbildung der Grundversorger/innen im psychotherapeutischen Bereich angepasst werden.

### Mögliche Kostenfolgen

Bei Szenario 3 «Überweisung» muss von folgenden Umständen ausgegangen werden:

- Delegiert arbeitende Therapeut/innen wird es kaum mehr geben. Nahezu alle werden sich selbständig machen. Wir können aber davon ausgehen, dass die Ärzt/innen, die heute delegiert arbeitende Therapeut/innen angestellt haben, ihr Delegationsverhalten kaum ändern werden. Verändert sich der Tarif gegenüber heute nicht wesentlich, so dürften in etwa dieselben Kosten entstehen. Allerdings wird es dort zu Kostenreduktionen kommen, wo die heute delegiert arbeitenden Therapeut/innen nicht den Bestimmungen des Psychologieberufegesetzes bzw. des Tarifs entsprechen.
- Für Grundversorger/innen und Psychiater/innen, die heute keine delegiert arbeitenden Therapeut/innen angestellt haben, sowie für alle Spezialist/innen entsteht im Szenario 3 eine neue Überweisungsmöglichkeit. Mangels entsprechender empirischer Grundlagen ist nur sehr schwer abschätzbar, inwiefern diese zusätzliche Option auch wahrgenommen werden wird. Es kann vermutet werden, dass dies auch stark von den Patient/innen selbst abhängen wird. Sie werden sehr wahrscheinlich häufiger als heute mit dem Anliegen, eine Therapie zu beginnen, an ihre Grundversorger/innen herantreten. Allerdings wird genau diese Schwelle auch in Zukunft kostendämpfend wirken: Nach wie vor dürfte es für viele Patient/innen eine recht grosse Hürde darstellen, ihr Anliegen zuerst den Grundversorger/innen unterbreiten zu müssen.
- Das Überweisungsverhalten der Ärzt/innen wird in Zukunft genauso stark wie heute von ihren Aus- und Weiterbildungen im psychotherapeutischen bzw. psychodiagnostischen Bereich abhängen. Je besser diese werden, desto häufiger dürften Überweisungen werden.
- Im Gegensatz zu den beiden Szenarien 1 und 2 (direkter Zugang zu psychologischen Psychotherapeut/innen) muss bei Szenario 3 davon ausgegangen werden, dass es aufgrund des «Zwischenschrittes» zu Mehrkosten in der Grundversicherung kommt. Ebenfalls steht zu befürchten, dass bei fehlenden Qualifikationen der überweisenden Ärzt/innen nach wie vor «zu viele» und somit unnötige diagnostische und therapeutische Leistungen erbracht werden bevor dann der/die Patient/in an den/die Psychotherapeut/in überwiesen wird.



■ Für Szenario 1 haben wir – ohne Berücksichtigung der Kosteneinsparungen im somatischen Bereich – ganz grob mit langfristigen Kostenfolgen für die Grundversicherung in der Höhe von 398 bis 571 Millionen Franken gerechnet. In Szenario 2 werden die Auflagen schärfer gefasst. Somit dürfte die Kostenzunahme geringer ausfallen als in Szenario 1. In Szenario 3 führt das Überweisungsverfahren nochmals zu einer Reduktion der erwarteten Kostenzunahmen.

### 4.3.5 Szenario 4: Überweisung mit Zweitmeinungsverfahren und tieferen Grenzen für die obere Therapiedauer (KVG verändert)

Das Szenario 4 stellt eine Weiterentwicklung von Szenario 3 dar. Bei den möglichen Kostenfolgen von Szenario 3 haben wir darauf hingewiesen, dass mit einiger Wahrscheinlichkeit mit einer Erhöhung der Kosten zu rechnen ist, ohne dabei aber die möglichen Kosteneinsparungen im somatischen Bereich zu berücksichtigen (wie notabene auch bei den Szenarien 1 und 2). Um die Kosteneinsparungen im somatischen Bereich auch tatsächlich realisieren zu können, werden in Szenario 4 weitere KVG-Regulierungen angepasst. Dies war in den Szenarien 1 bis 3 nicht möglich. Der Auftraggeber gab als Rahmenbedingung für Szenario 4 explizit vor, dass die Auswirkungen des Szenarios 4 im KVG kostenneutral sein müssen. Andere Kosteneinsparungen, die ausserhalb der Krankenversicherung entstehen können, sollten nicht berücksichtigt werden. Den Abschnitt 4.3.5 organisieren wir wie folgt: Im ersten Unterabschnitt legen wir unsere Überlegungen dar, wie die verlangte Kostenneutralität im Rahmen des KVG erreicht werden könnte. Im zweiten Unterabschnitt wird das vierte Szenario analog zu den bereits geschilderten drei Szenarien beschrieben.

#### 4.3.5.1 Wie kann Kostenneutralität in der Grundversicherung erreicht werden?

##### Ausgangslage

**Mehrkosten** können durch eine Grundversicherungszulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen aus folgenden Gründen entstehen:

- Kosten, die bisher privat übernommen worden sind (Privatversicherungen, Selbstzahler/innen), werden nun neu durch die Grundversicherung übernommen (Kostenverschiebung)
- Die Psychotherapiestunden werden für die Patient/innen durch die (teilweise) Kostenübernahme durch die Grundversicherung billiger. Da eine Unterversorgung besteht, ist zu erwarten, dass die Nachfrage nach (günstigeren) Psychotherapien ansteigt (Kostenerhöhung durch Mengenausdehnung). Aus ökonomischer Sicht wäre auch ohne Unterversorgungssituation zu erwarten, dass die Nachfrage bei sinkenden Preisen zunimmt.
- Der Zugang zu Psychotherapien wird je nach Szenario mehr oder wenig erleichtert. Da heute doch gewisse Hemmschwellen existieren dürften, die psychischen Probleme bei Hausärzt/innen zu thematisieren bzw. Psychiater/innen direkt aufzusuchen, könnte die Reduktion der Hemmschwellen auch zu einer Mehrnachfrage führen (Kostenerhöhung durch Mengenausdehnung).  
Ev. verändert sich mittelfristig die gesellschaftliche Haltung gegenüber Psychotherapien und psychisch kranken Menschen in Richtung mehr Akzeptanz, weil Therapien von immer mehr Menschen in Anspruch genommen werden. Dies könnte wiederum zu einer Reduktion der Hemmschwellen führen (Kostenerhöhung durch Mengenausdehnung)

Kashner/Rush (1999, 111) weisen darauf hin, dass durch Psychotherapien indirekt weitere Kostensteigerungen verursacht werden können:

- **Entdeckungseffekt:** Durch Psychotherapien werden andere medizinische Krankheiten mit Behandlungsbedarf entdeckt, die sonst im Verborgenen geblieben wären.
- **Komplementäreffekt:** Durch Psychotherapien lernen Patient/innen ihre physische Gesundheit besser zu schätzen. Sie gehen öfters in ärztliche Kontrolle, um ihre Gesundheit zu prüfen.
- **Lebensdauerereffekt:** Durch Psychotherapien kann die Lebensdauer verlängert werden. Dies führt zu mehr Lebensjahren mit chronischen Krankheiten, die behandelt werden müssen.
- **Einkommenseffekt:** Psychotherapien reduzieren die Krankheitsabwesenheiten. Dadurch erzielen die Patient/innen mehr Einkommen. In der Folge ist es ihnen möglich, mehr Gesundheitsdienstleistungen nachzufragen.

Dieselben Autor/innen kategorisieren die möglichen **Kosteneinsparungen** durch Psychotherapien im Bereich der Grundversicherung wie folgt (Kashner/Rush (1999, 111):

- **Substitutions-Effekt:** Psychotherapien ersetzen Leistungen der Grundversorger/innen, die an Stelle der Psychotherapien durchgeführt worden wären.
- **Gesundheits-Effekt:** Psychotherapien führen zu einer besseren psychischen Gesundheit, die sich in einer besseren physischen Gesundheit auswirkt.
- **Behandlungsproduktivitätseffekt:** Die Patient/innen werden durch Psychotherapien ansprechbarer auf medizinische Behandlungen.
- **Compliance-Effekt:** Die Patient/innen werden durch Psychotherapien williger, medizinische Ratschläge zu befolgen.

Die vier genannten Effekte können zu Kosteneinsparungen führen, die sich vor allem im Bereich der direkten Kosten zeigen. Darunter sind diejenigen Kosten zu verstehen, die als Folge von Morbidität und Mortalität direkt im Gesundheitswesen entstehen. Selbstverständlich können Psychotherapien aber auch im Bereich der indirekten Kosten (Reduktion der volkswirtschaftlichen Verluste durch Erhöhung der Arbeitsproduktivität) und der intangiblen Kosten (Reduktion der nicht monetarisierbaren Kosten der Krankheiten, vor allem im Bereich der Lebensqualität) positive Auswirkungen haben. Im vorliegenden Rahmen interessieren die Auftraggeber/innen aber nur die Kosteneinsparungen im Bereich der Krankenversicherung, die einen Teil der direkten Kosten abdecken.

#### **Bedingungen zur Erfüllung der Kostenneutralität in der Grundversicherung**

Unter «Kosten» und «Nutzen» werden im Rahmen des Kostenneutralitätsszenarios in der Grundversicherung nur monetäre Grössen, die sich kurz-, mittel- oder langfristig in der Grundversicherung auswirken, verstanden. Was bedeutet nun die Anforderung der Grundversicherungs-Kostenneutralität für die Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung? Mehrkosten entstehen einerseits aufgrund von Kostenverschiebungen (von den Privatversicherungen und den Selbstzahler/innen zur Grundversicherung) und andererseits aufgrund von Mengenausdehnungen. Die durch den Einsatz der zusätzlichen Psychotherapien ausgelösten Kosteneinsparungen müssen daher so gross sein, dass sie die insgesamt entstehenden Mehrkosten aufwiegen können.

Betrachten wir vorerst nur die Kostenerhöhungen durch die Mengenausdehnung (zusätzliche Therapien) und die Kosteneinsparungen, die durch die zusätzlichen Therapien erzielt werden können. Grundversicherungs-Kostenneutralität würde bedeuten, dass die Zusatzkosten nicht grösser sein dürfen als die Kosteneinsparungen. Dies ist dann der Fall, wenn jede einzelne Therapie mindestens gleich viele Kosten einspart wie sie verursacht. Grundversicherungs-Kostenneutralität kann aber auch dann erreicht werden, wenn es Therapien bei Indikationen gibt, die mehr einsparen als sie zusätzlich kosten, um dann Therapien bei anderen Indikationen, die mehr kosten als sie einsparen, zu subventionieren.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Bedingung, dass die eingesetzten Psychotherapien ein positives oder ausgeglichenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen müssen. Nun gibt es aber noch die zusätzlich erschwerende Bedingung, dass Kostenverschiebungen von den Zusatzversicherungen bzw. von den Selbstzahler/innen zur Grundversicherung aufgefangen werden müssen. Dies verschärft die genannte **Bedingung**, so dass nur Therapien eingesetzt werden sollten, die ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen.

Aus der wissenschaftlichen Literatur wissen wir, dass viele Psychotherapien die genannte Bedingung im Rahmen von (meist) klinischen, kontrollierten Studien für spezifische Indikationen erfüllen (vgl. Margraf et al. 2005). Allerdings fehlen auch für viele Psychotherapien bzw. Indikationen entsprechende Studien oder die vorhandenen Studien zeigen keine eindeutige Evidenz. In der Übertragung der genannten Arbeiten auf die alltägliche Praxis ergeben sich zusätzliche Fragestellungen: Inwiefern verhalten sich die Psychotherapeut/innen im Alltag tatsächlich wie diejenigen in den Studien? Inwiefern kommt es bei Ärzt/innen, deren Leistungen eingespart werden sollen, nicht zu Ausweichreaktionen (Mehrangebot in anderen Bereichen)?

#### **Ansatzpunkte**

Um den Anspruch der Grundversicherungs-Kostenneutralität umzusetzen, gibt es grundsätzlich verschiedene Ansatzpunkte.

Es kann bei der **Zulassung von Psychotherapien** angesetzt werden. Aus der Sicht der Grundversicherungs-Kostenneutralität wäre es sicher angezeigt, nur Kombinationen von Psychotherapien und Indikationen, die in wissenschaftlichen Studien ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis nachweisen können, zur Abrechnung über die Grundversicherung zuzulassen. Dieses Erfordernis betrifft sowohl das Angebot von psychologischen wie auch von ärztlichen Psychotherapeut/innen. Wichtig ist die Verbindung von Therapien und Indikationen, weil keine Therapie generell wirksam ist. Gegenüber dem heutigen Zustand würde dies - auch ohne anderweitige Veränderungen - zu Kosteneinsparungen führen, weil nicht alle von Ärzt/innen bzw. von delegiert arbeitenden Therapeut/innen durchgeführten Therapien diesem Anspruch genügen.

Die **psychotherapeutische Praxis** sollte sich an den in den wissenschaftlichen Untersuchungen festgestellten Therapiedauern bei bestimmten Indikationen, die sich als optimal wirksam erwiesen haben, orientieren. Aufgrund der Untersuchung von Schweizer et al. (2002) ist zu vermuten, dass in der schweizerischen Praxis die Therapiedauern heute eher zu lang sind. Würde diese Bedingung umgesetzt, so würden sich gegenüber dem heutigen Zustand - auch ohne anderweitige Veränderungen - ebenfalls Kosteneinsparungen ergeben, weil die Kosten der bereits heute praktizierten Therapien reduziert werden könnten.

Es stellt sich natürlich die Frage, wie diese Bedingung eingelöst werden kann. Erstens können – analog zur Situation bei den Ärzt/innen (vgl. dazu die folgenden Abschnitte) – Massnahmen in Betracht gezogen werden, die die Anreize für die Psychotherapeut/innen so setzen, dass sie die idealen Therapiedauern möglichst einhalten. Zu denken ist in diesem Zusammenhang bspw. an die Wirkungen der Einführung der Vertragsfreiheit, welche auch Psychiater/innen und psychologische Psychotherapeut/innen betreffen würde.

Zweitens kann mit dem Verfahren des Zugangs zu psychologischen Therapeut/innen bzw. mit Vorschriften im Rahmen eines Zweitmeinungsverfahrens darauf hingewirkt werden, dass die optimalen Therapiedauern nicht mehr stark überschritten werden.

Drittens kann auch daran gedacht werden, wie in Deutschland bereits vor Beginn der Psychotherapie ein GutachterInnenverfahren einzuführen. Eine Therapie könnte nur begonnen werden, wenn Gutachter/innen und Krankenversicherer gemeinsam zu einer positiven Einschätzung kämen. In Deutschland hat

sich das Verfahren bisher nur bedingt bewährt, weil die Kontrollmöglichkeiten zu Beginn der Therapie sehr eingeschränkt sind. Es kann aber vermutet werden, dass ein solches GutachterInnenverfahren eine generell wirkende, leicht abschreckende Wirkung entfalten kann.

Viertens schliesslich sind auch die Wirkungen von standardisierten «Feedbackschleifen» zu prüfen. In der psychotherapeutischen Praxis fehlen oft systematische Rückmeldungen zur Qualität der durchgeführten Therapie. Derartige Rückmeldungen können ihrerseits bereits zu einer Anpassung der Praxis führen.

Um die «richtige» Therapie bei gegebenen psychischen Störungen in der richtigen Anwendung und Dauer einsetzen zu können, braucht es die entsprechenden **Qualifikationen und Kompetenzen** bei den Psychotherapeut/innen. Das Psychologieberufegesetz wird für psychologische Psychotherapeut/innen festhalten, wann die Qualifikationsbedingungen erfüllt sind. Dieselben Bedingungen sind (mindestens) auch von den Ärzt/innen bzw. von den delegiert arbeitenden Personen, die Psychotherapien durchführen, zu erfüllen. Gegenüber dem heutigen Zustand würden sich durch die Umsetzung der Definitionen des Psychologieberufegesetzes im ärztlichen Bereich Einsparungen ergeben, weil viele Grundversorger/innen und delegiert arbeitenden Therapeut/innen die Bedingungen nicht erfüllen.

Kosten entstehen durch die Multiplikation von Menge und Preis. Die erwarteten Kostensteigerungen sind vor allem mit der Erwartung einer zunehmenden Menge von Psychotherapiestunden verbunden. Die entstehenden Mehrkosten können ganz offensichtlich ebenfalls über den **Preis** bestimmt werden. Der Preis für eine Psychotherapiestunde wird heute im Tarif TARMED festgelegt. TARMED liefert die relativen Verhältnisse jeder Leistung zueinander, indem jeder Leistung eine Anzahl von Taxpunkten zugeordnet wird. Der Taxpunkt selbst wird in jedem Kanton in Verhandlungen zwischen den Verbänden der Versicherer und der Ärzt/innen festgelegt. Mit Blick auf die Psychotherapie sind folgende Regelungen des TARMED relevant:

■ Der TARMED ist ein ärztlicher Tarif. Geregelt wird heute die Erbringung von Psychotherapien durch Fachärzt/innen (Leistungen 02.01 im TARMED) sowie durch Fachpersonen, die die Therapien delegiert durchführen (Leistungen 02.03).

■ Bei den Fachärzt/innen ist vorgesehen, dass die Ärzt/innen mit dem FMH-Titel «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» und/oder «Psychiatrie und Psychotherapie» (qualitative Dignität) auf der Weiterbildungsstufe 6 (quantitative Dignität) Psychotherapien durchführen können. Bei den delegiert arbeitenden Therapeut/innen wird verlangt, dass sie einen Hochschulabschluss als klinische Psycholog/in bzw. Psychotherapeut/in (inkl. Psychopathologie) nachweisen. Die delegierenden Ärzt/innen müssten einen FMH Titel in den Bereichen «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» und/oder «Psychiatrie und Psychotherapie» aufweisen.

Die vom TARMED geforderten fachlichen Anforderungen an die delegierenden Ärzt/innen und an die delegiert arbeitenden Therapeut/innen werden zur Zeit noch nicht umgesetzt. Es gilt in der Übergangsphase das Prinzip der Besitzstandwahrung, so dass alle vor der Einführung von TARMED delegierenden Ärzt/innen vorerst zugelassen sind. Wollen diese Ärzt/innen auch mittelfristig Psychotherapien delegieren, so müssen sie die geforderte qualitative Dignität bis drei Jahre nach Einführung des TARMED erfüllen (TARMED 2004). Bei den delegiert arbeitenden Personen gilt eine analoge Regelung (TARMED 2001). Zur Zeit wird zwischen den beteiligten Verbänden allerdings eine neue Lösung gesucht. Es zeichnet sich ab, dass die delegierenden Ärzt/innen zukünftig «lediglich» über einen Fähigkeitsausweis (60 Stunden Weiterbildung) verfügen müssen. Auf der Seite der delegiert arbeitenden Personen möchte man die Bedingungen umformulieren, so dass Personen mit einem Hochschulstudium (nicht zwingend einem Psychologiestudium) und einer chartakonformen psychotherapeutischen Weiterbildung zugelassen werden.

■ Die Kosten für eine 60 Minuten dauernde Psychotherapie betrug gemäss TARMED für Fachärzt/innen im November 2004 je nach Kanton zwischen 168 und 211 Franken (Mittelwert 192 Franken) und für eine

Person, die Psychotherapie delegiert durchführte, je nach Kanton zwischen 117 Franken und 147 Franken (Mittelwert 133 Franken).

■ Zwischen den Verbänden der Versicherer und der Ärzt/innen wurde für die Einführungsphase prospektiv ein Gesamtbudget für die Abgeltung nach TARMED vereinbart, so dass diese Phase kostenneutral umgesetzt werden kann.<sup>28</sup> In Zukunft dürfte aber wieder vom Prinzip der prospektiven Budgetierung abgekehrt werden. Die Verbände werden, wie früher, für eine bestimmte Zeitperiode den Taxpunktwert bestimmen. In der Folge werden Leistungsausdehnungen zu Kostensteigerungen und nicht zur Reduktionen des Taxpunktwertes führen.

Der TARMED ist, wie erwähnt, ein ärztlicher Tarif. Die Abgeltung der Leistungen der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen würden daher nicht im TARMED, sondern, wie bei allen anderen nicht-ärztlichen Leistungserbringer/innen auch, in einem eigenen Tarif geregelt. Grundsätzlich ist die Struktur dieses neuen Tarifs natürlich offen. Für die nachfolgenden Überlegungen gehen wir davon aus, dass die Tarifstruktur der ärztlichen Therapeut/innen (im TARMED) und diejenige der psychologischen Therapeut/innen (in einem neuen Tarif) gleich geregelt werden. Dies ist natürlich nicht zwingend, weil die Verhandlungen einerseits zwischen Versicherern und Ärzt/innen, andererseits zwischen Versicherer und psychologischen Psychotherapeut/innen ablaufen. Insbesondere drei Aspekte müssen definiert werden:

■ Wer darf gemäss dem neuen Tarif abrechnen? Der TARMED beinhaltet heute eine Steuerungsmöglichkeit, indem über die qualitativen und quantitativen Dignitäten festgelegt werden kann, wer überhaupt Psychotherapien durchführen darf. Diese Regelungen sollten nach Möglichkeit zwischen den beiden Tarifen harmonisiert werden. Sie könnten zudem unter dem Gesichtspunkt der Grundversicherungs-Kostenneutralität so ausgestaltet werden, dass die Wahrscheinlichkeit möglichst gross ist, dass nur diejenigen Ärzt/innen und Psycholog/innen Therapien durchführen, die Therapien mit einem guten Kosten-Nutzen-Verhältnis durchführen.

■ Welche Leistungen können abgerechnet werden? Ein sehr interessante Option könnte sich eröffnen, wenn nicht wie heute nur zwischen Einzel-, Gruppen- und Familientherapien, sondern auch zwischen verschiedenen Therapien bei verschiedenen Krankheiten unterschieden werden könnte. Dann wäre es möglich, dass sich durch die Auswahl der Kombinationen von Therapien und Krankheiten sowie in der Taxpunktanzahl das Ausmass der Evidenzbasierung abbilden könnte.

■ Wie werden die Leistungen abgegolten? Die psychologischen Therapeut/innen könnten gleich wie die Fachärzt/innen oder gleich wie heute die delegierten Psychotherapeut/innen abgegolten werden. Vorstellbar ist auch – bspw. gerade unter dem Gesichtspunkt der Grundversicherungs-Kostenneutralität –, dass neu eine einheitliche Anzahl von Taxpunkten für ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeut/innen festgelegt wird, die unter der heutigen Taxpunktanzahl für Fachärzt/innen (17.92<sup>29</sup>), aber über der heutigen Taxpunktanzahl für delegierte Psychotherapeut/innen liegt (12.46).

Der Nutzen der zusätzlich eingesetzten (psychologischen) Psychotherapien, der sich in der Grundversicherung monetär niederschlagen sollte, liegt stark im oben genannten Substitutionseffekt somatischer ärztlicher Leistungen (und der von Ärzt/innen ausgelösten Leistungen) durch psychotherapeutische Leistungen sowie im Gesundheitseffekt, der wohl erst mittel- und langfristig eine Rolle spielt und nur schwer quantifiziert werden kann. Damit der Substitutionseffekt tatsächlich realisiert werden kann, müssen hierfür die Bedingungen optimal gestaltet werden. Wir sprechen damit sehr grundsätzliche Ausgestaltungsfragen der Grundversicherung an. Im Kern geht es nämlich um die **Anreize für die Leistungserbrin-**

---

<sup>28</sup> Die Taxpunktwerte schwankten im November 2004 zwischen 78 Rappen (Wallis und Graubünden) und 98 Rappen (Genf und Waadt).

<sup>29</sup> 11.87 für die ärztliche Leistung, 6.05 für die Technische Leistung.

**ger/innen**, so dass sie nur diejenigen Leistungen erbringen, die wirksam und kosten-effektiv sind. In der laufenden politischen und wissenschaftlichen Diskussion werden verschiedenste Massnahmen diskutiert, die dazu führen sollen, dass sich die Anreize für die Ärzt/innen sowie für andere Leistungserbringer/innen gegenüber heute verändern (vgl. Spycher 2005). Dazu gehören:

- Förderung von Managed-Care Organisationen (insbes. von Hausarzt-Modellen, HMO, PPO, Call Center etc.)
- Förderung von Managed-Care Instrumenten (Gatekeeping, Case Management, Disease Management, Demand Management, Guidelines, Budgetverantwortung (bspw. durch Capitation oder Fallkostenpauschalen statt Einzelleistungsvergütungen), etc.)
- Mehr Druck auf die Einhaltung der ärztlichen Qualität sowie auf die Kosten-Wirksamkeit durch die Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringer/innen. Die Vertragsfreiheit kann allerdings nur dann eingeführt werden, wenn gleichzeitig auch der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern angepasst wird. Dieser berücksichtigt heute nur die Ausgleichsmerkmale Alter, Geschlecht und Kanton und negiert somit weitgehend den Gesundheitszustand der Versicherten. Dies schafft für die Versicherer starke Risikoselektionsanreize: Gesunde Versicherte sind attraktiv, kranke Versicherte unattraktiv. Ohne Anpassung des Risikoausgleichs würden bei der Einführung der Vertragsfreiheit die Risikoselektionsanreize noch zusätzlich verstärkt (bspw. kein Abschluss von Verträgen mit Ärzt/innen, die Chroniker/innen behandeln; vgl. Spycher 2004).
- Die Ärzt/innen verändern ihr Verhalten auch dann, wenn sich dasjenige der Versicherten verändert.<sup>30</sup> Darauf zielen bspw. Massnahmen ab, die die Kostenbeteiligung der Versicherten erhöhen wollen (bspw. über die Einführung von einkommensabhängigen Franchisen).

Die bisher genannten Ansatzpunkte zur Veränderung der Anreize der Leistungserbringer/innen bewegen sich im Rahmen des Konzeptes des «gelenkten Wettbewerbs» (Enthoven 1978, 1988), das dem KVG zugrunde liegt.<sup>31</sup> Darüber hinaus gibt es weitere Massnahmen, die eher aus dem Instrumentenkasten staatlich ausgestalteter Krankenversicherungssysteme stammen. Dazu gehört namentlich das Instrument des **Globalbudgets**. Ein Globalbudget legt für eine bestimmte Zeitperiode die Abgeltung der Leistungserbringer/innen fest. Dadurch können die Kosten vollständig kontrolliert werden. Daher ist das Instrument im vorliegenden Kontext interessant. In Deutschland wird bspw. für den ambulanten Bereich ein Globalbudget festgelegt (analog zur Kostenneutralitätsphase im TARMED). Die zentrale Schwierigkeit bei einem Globalbudget liegt offensichtlich darin, unter Berücksichtigung vielfältigster Aspekte (bspw. der demographischen Veränderungen und des medizintechnischen Fortschritts) die richtige Budgethöhe zu bestimmen. Darüber hinaus bestehen auch Gefahren für die Qualität. Die Leistungserbringer/innen könnten bestrebt sein, für das vorhandene Globalbudget weniger zu leisten, um ihre Abgeltung auf dem gewünschten Niveau zu halten. In der Schweiz können die Kantone nach dem geltenden KVG im stationären, nicht aber im ambulanten Bereich Globalbudgets vorgeben. Die Tarifpartner müssten sich heute freiwillig auf ein Globalbudget einigen.

### **Auswahl von Massnahmen zur Erreichung der Kostenneutralität in der Grundversicherung**

Welche Massnahmen sind nun konkret notwendig, um die Grundversicherungs-Kostenneutralität näherungsweise erreichen zu können? Muss an allen Ansatzpunkten zugegriffen werden? Es eröffnen sich

<sup>30</sup> Domenighetti/Pipitone (2002) belegen bspw., dass es nicht nur eine angebotsinduzierte, sondern auch eine nachfrageinduzierte Ausdehnung der ärztlichen Leistungen gibt.

<sup>31</sup> Vgl. für eine Adaptierung des Konzeptes des gelenkten Wettbewerbs auf die Schweiz Leu (1993) und Sommer (1999). Spycher (2005) gibt eine Übersicht die Umsetzung des gelenkten Wettbewerbs im KVG.

grundsätzlich zwei mögliche Wege. Zum einen kann versucht werden, die Grundversicherungs-Kostenneutralität im Rahmen des Konzeptes des gelenkten Wettbewerbs, das dem KVG zugrunde liegt, zu erreichen. Diesem Weg haftet die Schwierigkeit an, dass die Kostenneutralität durch eine Anreizsteuerung der Leistungserbringer/innen erreicht werden soll. Deren Wirksamkeit kann nicht exakt vorausgesagt werden. Zum anderen können aber auch «radikalere» Instrumente aus dem Bereich von eher staatlich gelenkten Gesundheitssystemen eingesetzt werden. Dazu gehört bspw. das Globalbudget. Im Sinne eines gestuften Vorgehens schlagen wir vor, zuerst den ersten Weg innerhalb des bestehenden KVG-Konzeptes zu gehen. Dies bestimmt daher auch unsere Vorschläge für Szenario 4. Sollte sich dieser Weg mittelfristig als zu wenig nachhaltig entpuppen und wäre gleichzeitig die Kostenkontrolle vor der Qualität und der Solidarität generell das zentrale Ziel, dann könnte auch über die Einführung eines Globalbudgets nachgedacht werden.

### 4.3.5.2 Die Ausgestaltung von Szenario 4

Gestützt auf die Überlegungen im vorangegangenen Abschnitt, schlagen wir folgende Ausgestaltung des Szenarios 4 vor.

#### Ausgestaltung

- Dienstleistungen von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen gemäss Psychologieberufegesetz können dann über die Grundversicherung abgerechnet werden, wenn ihnen die Patient/innen von Ärzt/innen für die Durchführung einer Psychotherapie überwiesen werden (Überweisungsverfahren wie in Szenario 3).<sup>32</sup>
- Es können nur Ärzt/innen psychotherapeutische Leistungen erbringen, die über vergleichbare Qualifikationen wie die psychologischen Therapeut/innen nach Psychologieberufegesetz verfügen. Die gleichen Anforderungen haben auch delegiert arbeitende Therapeut/innen zu erfüllen.
- Patient/innen können von allen Ärzt/innen an psychologische Psychotherapeut/innen überwiesen werden

---

<sup>32</sup> Bei den drei ersten Szenarien wurde ausgeführt, dass es Zielkonflikte zwischen Solidarität, Qualität und Kosten geben kann. Szenario 1 legt das Gewicht eher auf die Solidarität und die Qualität der Versorgung mit Psychotherapien. Daher wurde folgerichtig von einem freien Zugang zu Psychotherapeut/innen ausgegangen. In Szenario 3 hingegen lag das Gewicht stärker auf der Kostenkontrolle. Es wurde daher das Überweisungsverfahren von Ärzt/innen zu (psychologischen) Psychotherapeut/innen in den Vordergrund gerückt. Grundlage für dieses Vorgehen war die Einschätzung, dass mit den bestehenden KVG-Regeln zu wenig Druck auf Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen ausgeübt werden kann, so dass sie die Psychotherapien stärker als heute nach den Richtlinien der wissenschaftlichen Studien durchführen.

Würden keine weiteren KVG-Regeln verändert, dann müsste von Szenario 3 konsequenterweise für das Szenario 4 das Überweisungsverfahren übernommen werden. Es wäre ev. sogar danach zu fragen, ob es gegenüber Szenario 3 nicht sogar schärfer gefasst werden müsste. Die Möglichkeit, in Szenario 4 auch andere KVG-Regeln anpassen zu können, gibt aber in der Frage der Form der Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen wieder mehr Freiräume. Wenn man davon ausgeht, dass mit den veränderten KVG-Regeln genügend Druck ausgeübt werden kann, so dass die Psychotherapien (stärker) nach den Kriterien der wissenschaftlichen Studien durchgeführt werden, dann könnte man einen freien Zugang wählen wie in Szenario 1 und 2. Wenn man aber eher pessimistisch ist hinsichtlich der Wirksamkeit der veränderten KVG-Regeln, dann müsste man wohl eher zum Überweisungsverfahren neigen.

Unsere Einschätzung geht dahin, dass die aufgeworfenen Änderungen des KVG (Einführung der Vertragsfreiheit, Förderung von Managed-Care, Prüfung der Einführung von einkommensabhängigen Franchisen) ihrerseits viel Zeit in Anspruch nehmen werden, bis sie erstens in Kraft gesetzt sind und zweitens über eine Verhaltensänderung der beteiligten Akteur/innen auch wirksam werden. Wenn die Kostenneutralität daher im Vordergrund steht, schlagen wir vor, in Szenario 4 von Szenario 3 das **Überweisungsverfahren** zu übernehmen und erst später zu prüfen, ob zu einem freien Zugang übergegangen werden kann. Dies, obschon das Überweisungsverfahren unter Umständen auch zu erhöhten Kosten führen kann (vgl. dazu die Ausführungen in Abschnitt 4.3.4).

- Es können nur diejenigen Kombinationen von Therapien und Störungen über die Grundversicherung abgerechnet werden, für die wissenschaftliche Studien vorliegen, die eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz aufweisen.
- Für die wichtigsten Diagnoseklassen werden die oberen Therapiedauern, die von einem Richtwert von 40 Stunden ausgehen, festgelegt. Liegen Komorbiditäten vor, so können die oberen Therapiedauergrenzen um einen Drittel erhöht werden. Zusätzlich wird für die wichtigsten Diagnoseklassen festgehalten, welche Therapiemethoden zugelassen sind.
- Nach dem Erreichen der oberen Therapiedauer soll die Notwendigkeit und die Kosten-Effektivität der Therapie durch das Einholen einer Zweitmeinung überprüft werden. Die Therapie kann zuhänden der Grundversicherung nur dann fortgesetzt werden, wenn die Zweitmeinung eine Therapieverlängerung ebenfalls befürwortet. Die Therapieverlängerung beträgt 50 Prozent der oberen Therapiedauer. Dieses Verfahren kann wiederholt werden (vgl. dazu Abschnitt 4.3.1; Variante 2).
- Therapeut/innen in Ausbildung können von Psychiater/innen, ärztlichen Psychotherapeut/innen oder psychologischen Psychotherapeut/innen – alle mit einigen Jahren Berufserfahrung – im Delegationsverhältnis angestellt werden können.

### **Besondere Massnahmen zur Erreichung der Kostenneutralität im Rahmen der Grundversicherung**

Die Grundversicherungs-Kostenneutralität wird sich mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht einstellen, wenn mit weiteren Massnahmen nicht dafür gesorgt wird, dass die Leistungserbringer/innen einen starken Anreiz haben, kosten-effektive Therapien durchzuführen. Folgende Massnahmen stehen im Zentrum:

- Einführung der **Vertragsfreiheit**, damit selbständige psychologische Psychotherapeut/innen – wie alle anderen Leistungserbringer/innen auch – keine Garantie für die Abrechnung der Leistungen über die Grundversicherung erhalten. Sie müssen in den Vertragsverhandlungen mit den Versicherern immer wieder darlegen, warum sie aufgrund ihrer Qualität und ihrer Kosten einen Vertrag erhalten sollten.
- Gezielte Förderung von **Managed-Care**-Organisationen bzw. -Instrumenten, so dass die Leistungen vermehrt in einem institutionellen Rahmen erbracht werden, der gezielt auf die Evidenzbasierung ausgerichtet ist und somit die Wahrscheinlichkeit, dass «unnötige» Therapien oder «zu lange» Therapien durchgeführt werden, reduziert. Heute spielen Managed-Care-Formen aber nach wie vor in der Schweiz eine untergeordnete Rolle, obschon deren Förderung in der wissenschaftlichen (BSV 2001), aber auch in der politischen Diskussion immer wieder betont werden. Daher benötigt ein Übergang zu Managed-Care in der Schweiz sicher noch viel Zeit. Die Erwartungen an die Wirkungen von Managed-Care auf die kostenneutrale Zulassung von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen dürfen daher nicht zu hoch angesetzt werden.
- Wenn in den **Tarifen** verschiedene Therapie-Krankheits-Kombinationen unterschieden werden, dann kann die Anzahl der Taxpunkte so festgelegt werden, dass sich – zusammen mit der Festlegung von Therapiedauerobergrenzen – die Kosten-Nutzen-Verhältnisse der Kombinationen abbilden. Therapien mit einem schlechteren Kosten-Nutzen-Verhältnis würden eine tiefere, Therapien mit einem besseren Verhältnis eine höhere Taxpunktanzahl erzielen können.



### Zu prüfende ergänzende Regelungen

■ Es ist zu prüfen, ob im Rahmen einer Verordnung zum Psychologieberufegesetz festgelegt werden könnte, dass die Therapeut/innen in der Diagnose und der Therapie aller wichtigen Störungsformen ausgebildet werden müssen.<sup>33</sup>

### Nicht Gegenstand des Szenarios

Wie im vorangegangenen Abschnitt erwähnt wurde, könnte die Einführung eines Globalbudgets im ambulanten Bereich das Ziel der Grundversicherungs-Kostenneutralität sehr wirksam erreichen. Allerdings haben Globalbudgets auch gewichtige Nachteile. Weiter stammen sie gedanklichengeschichtlich aus staatlich organisierten Gesundheitssystemen. Daher soll ein Globalbudget nicht Teil des Szenarios 4 sein.

### Vor- und Nachteile des Szenarios

An dieser Stelle werden die Vor- und Nachteile des Szenarios nur ganz grob umrissen.

■ Vorteile: (a) Die Zugangsschwelle zu psychologischen Psychotherapien ist tiefer als heute. In der Folge kann die Unterversorgung mit Psychotherapien abgebaut werden. (b) Es werden keine Mehrkosten in der Grundversicherung erwartet. (c) Die Variante «Überweisung» entspricht dem Gatekeeper-Modell, welches ganz generell in der gesundheitspolitischen Diskussion immer mehr an Attraktivität erlangen wird. (d) Die somatische Abklärung und Behandlung ist bereits bei Beginn der Behandlung gewährleistet. (e) Die durchschnittliche Qualität der Psychotherapie dürfte steigen, weil erhöhte Anforderungen zu erfüllen sind.

■ Nachteile: (a) Die Bedingung der Grundversicherungs-Kostenneutralität erforderten gegenüber den anderen drei Szenarien noch einmal eine etwas restriktivere Ausgestaltung der Zulassung. Dadurch werden die Vorteile im Bereich der Beseitigung der Unterversorgung reduziert. (b) Die freie Wahl der Therapiemethode ist nur eingeschränkt gewährleistet, weil die überweisenden Ärzt/innen durch die Wahl der Therapeut/innen auch die Methoden (mit-) bestimmen. (c) Viele Grundversorger/innen erkennen heute psychische Störungen zu wenig gut. Damit sich die Versorgungslage verbessert, müsste daher auch die Aus- und Weiterbildung der Grundversorger/innen im psychotherapeutischen Bereich angepasst werden. (d) Evtl. kann es aufgrund des Überweisungsverfahrens zu Mehrkosten kommen («unnötige» Leistungen). Denkbar ist auch ein problematisches Konkurrenzverhältnis zwischen Überweiser/innen und Psychotherapeut/innen.

### Mögliche Kostenfolgen

Szenario 4 ist so ausgestaltet, dass in der Grundversicherung eine kostenneutrale Wirkung der Zulassung von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen erwartet werden kann. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Kosten-Nutzen-Bilanz insgesamt neutral ausfällt. Psychotherapien können auch im Bereich der direkten Kosten ausserhalb der Grundversicherung (bspw. bei den Kosten der Zusatzversicherungen, bei den Kosten der Prävention etc.), bei den indirekten Kosten, aber auch bei den intangiblen Kosten zu wesentlichen Reduktionen führen.

---

<sup>33</sup> Es geht weniger darum, dass die Therapeut/innen mehrere Therapiemethoden anwenden können – was zweifelsohne hilfreich ist –, sondern mehr um die konkrete Situation in der Praxis. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass die Therapeut/innen mit sehr vielen verschiedenen Störungsbildern konfrontiert werden können. Sie sollten daher die Kompetenzen haben, die Störungen zu erkennen und die adäquaten Methoden festlegen zu können. Sollten sie selbst die notwendige Therapiemethode nicht anwenden können, so sollten sie die Patient/innen an entsprechende Fachpersonen überweisen.



## 5 Konzept zur Untersuchung der Kosten- und Nutzenwirkungen einer möglichen Zulassung

Bisher wurden zwei Teilschritte erarbeitet: Einerseits wurden zwei Arbeiten (Frei/Greiner 2001a, Beeler et al. 2003), die die Kosten und (teilweise) den Nutzen der Integration der psychologischen Psychotherapie in die Grundversicherung untersuchen, begutachtet (Kapitel 2). Dies wurde notwendig, weil die Interpretation der Ergebnisse umstritten ist. Andererseits wurden – gestützt auf eine Literaturanalyse und ExpertInnengespräche – vier Szenarien, wie die selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen in die Grundversicherung integriert werden können, entwickelt (Kapitel 3 und 4).

Das fünfte Kapitel nimmt sich nun der Frage an, wie die Kosten- und Nutzenfolgen einer wie auch immer gearteten Integration der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen in die Grundversicherung abgeschätzt werden können. Es geht im Kern also darum, ein Konzept zu entwickeln, wie vor der KVG-Änderung möglichst zuverlässig abgeschätzt werden kann, welche Kostenerhöhungen oder –reduktionen auf die Grundversicherung zukommen werden.

Kapitel 5 ist wie folgt aufgebaut. In Abschnitt 5.1 präzisieren wir die sich stellenden Fragen einer Kosten-Nutzenfolgestudie und grenzen sie von verwandten Fragestellungen bspw. im Bereich der Kosten-Nutzen-Analysen ab. Die Abschnitte 5.2 und 5.3 dienen der Darstellung der bereits vorliegenden Ergebnisse. Abschnitt 5.2 referiert die Resultate der wissenschaftlichen Literatur. Es zeigt sich allerdings, dass Kosten-Nutzenfolgestudien im Gegensatz zu Kosten-Nutzen-Studien mehr zum Typ der sog. «grauen Literatur» gehören. Daher wird in Abschnitt 5.3 ein Blick über die Landesgrenzen nach Deutschland und Österreich geworfen. In beiden Ländern wurde zuerst ein Psychologieberufegesetz verabschiedet und anschliessend den selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen der Zugang zur Abrechnung über die Grundversicherung gewährt. Wir fragen danach, ob auf diesem Weg Kosten-Nutzenfolgestudien erstellt worden sind. In Abschnitt 5.4 ziehen wir die gesammelten Erkenntnisse zusammen und entwickeln die Eckdaten eines Kosten-Nutzenfolge-Studienkonzeptes.

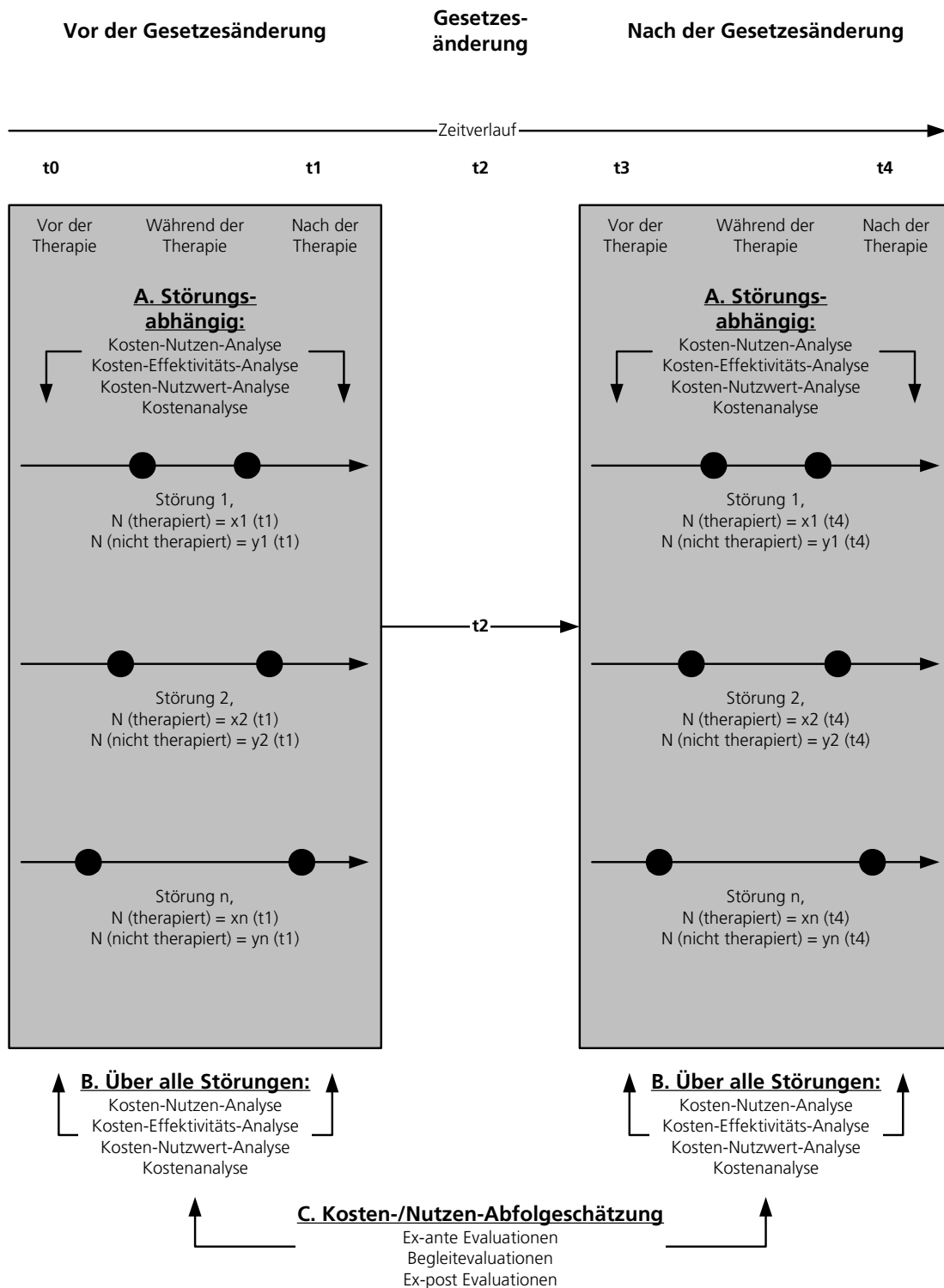
### 5.1 Kosten-/Nutzenfolgestudien und Kosten-Nutzen-Studien

In der wissenschaftlichen Literatur werden vor allem Kosten-Nutzen-Studien von einzelnen Psychotherapien bei bestimmten Indikationen durchgeführt, wenn wir Kosten-Nutzen-Studien als Oberbegriff für eine Bandbreite von verschiedenen Evaluationsverfahren verwenden. Die Auftraggeber interessieren sich im vorliegenden Rahmen aber für eine ex-ante-Evaluation einer denkbaren Gesetzesänderung: Welche Folgen hätte die Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapien auf die Kosten in der Grundversicherung? In Abschnitt 5.1 diskutieren wir die methodischen Unterschiede der verschiedenen Herangehensweisen und legen damit die Grundlage für das in Abschnitt 5.4 dargestellte Studienkonzept.

#### 5.1.1 Die unterschiedlichen Ansätze

In der wissenschaftlichen Literatur, die Kostenfolgen von Psychotherapien berücksichtigt, finden sich ausschliesslich Arbeiten mit sozioökonomischen Evaluationsverfahren. Darunter verstehen wir vor allem vier Studientypen: Kostenanalysen (cost-analysis, CA), Kosten-Effektivitäts-Analysen (cost-effectiveness-analysis, CEA), Kosten-Nutzwert-Analysen (cost-utility-analysis, CUA) sowie Kosten-Nutzen-Analysen (cost-benefit-analysis, CBA). Die Konzepte werden in Abschnitt 5.1.2 näher dargestellt. In dem von den Auftraggebern vorgegebenen Rahmen interessiert aber eine Kosten-/Nutzenfolgestudie mit anderem Zuschnitt: Es geht um eine ex-ante-Evaluation der Auswirkungen einer Gesetzesänderung. **Abbildung 3** zeigt in einer stilisierten Grafik die unterschiedlichen Ansätze.

Abbildung 3: Übersicht über die verschiedenen Konzepte



Quelle: Eigene Darstellung

Wir unterscheiden verschiedene Zeitpunkte und Bereiche: Im Zeitpunkt  $t_2$  wird die Gesetzesänderung – die Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung – durchgeführt. Psychotherapien werden vor und nach der Gesetzesänderung durchgeführt. Vor der Gesetzesänderungen dauern sie von  $t_0$  bis  $t_1$ . Allerdings sind diese Therapiedauern nicht für alle Störungen gleich lang. Die Anzahl der pro Störung therapierten Personen hängt von verschiedenen Fakto-

ren ab und ist nicht für jede Störung gleich. Auch nach der Gesetzesänderung werden Psychotherapien durchgeführt. Sie dauern von  $t_3$  bis  $t_4$  (wiederum unterschiedliche Längen, je nach Störung). Die Anzahl therapierter Patient/innen kann sich von derjenigen vor der Gesetzesänderung unterscheiden. Die Veränderung hängt von der Art der vorgenommenen Gesetzesänderung sowie den Reaktionen der Patient/innen, der Psychotherapeut/innen und der Ärzt/innen auf die neuen Rahmenbedingungen ab.

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich nun vor allem Arbeiten im **Bereich A**, also störungsabhängige sozioökonomische Untersuchungen. Dabei wird meist von einem ganz bestimmten Patient/innen-Kollektiv ausgegangen und geprüft, wie sich die Psychotherapie auf das Vorhandensein bzw. die Auswirkungen der Störung (efficacy) sowie der damit verbundenen Kosten auswirkt. Die Ergebnisse derartiger Studien können jedoch nicht vorbehaltlos auf die Praxis übertragen werden. Vielfältige Faktoren müssen berücksichtigt werden, wenn die Wirksamkeit der Psychotherapien unter Praxisbedingungen beurteilt werden soll (effectiveness).<sup>34</sup>

Weiter gibt es Untersuchungen, die sich nicht nur auf eine bestimmte Störung beschränken, sondern störungsübergreifend arbeiten (**Bereich B**). Dazu gehören bspw. auch die in der Einleitung erwähnten Arbeiten aus der Schweiz von Beeler et al. (2003) (Kostenanalyse) und Frei/Greiner (2001a) (Kosten-Nutzen-Analyse). Wesentliche Grundlage für derartige Arbeiten ist die Bestimmung der Häufigkeit und der Dauer der Anwendung von Psychotherapien bei den einzelnen Störungen. Dies kann durch eine gezielte Datenerhebung (wie bei Beeler et al. 2003) oder durch die Ableitung aus epidemiologischen Daten sowie aus störungsspezifischen Arbeiten (wie bei Frei/Greiner 2001a) erfolgen. In Bereich B steht immer die konkrete Anwendungspraxis im Vordergrund (effectiveness), weil eine kontrollierte Studie über alle Störungen hinweg forschungsökonomisch zu aufwändig wäre.

Im **Bereich C** finden wir nun die eigentlichen Kosten-/Nutzenfolgeschätzungen der Gesetzesänderung. Dabei sollen Kosten und Nutzen der Psychotherapien vor und nach der Gesetzesänderung erhoben und verglichen werden. Die Auftraggeber BAG und Obsan möchten aber nicht zuwarten, bis die Gesetzesänderung vollzogen ist, sondern die Kosten-/Nutzenfolgen als Entscheidungsgrundlage bereits vor dem Beschluss über die Gesetzesänderung abschätzen. Es handelt sich dabei um eine *Ex-ante-Evaluation*. Es müssen – soweit wie möglich empirisch abgestützte – Annahmen darüber getroffen, wie sich die Gesetzesänderungen auswirken werden. Da die Auswirkungen nicht deterministisch vorausgesagt werden können, wird in diesem Zusammenhang mit Szenarien gearbeitet. Die Arbeit von Ess/Szucs (2002) für die Schweiz entspricht diesem Ansatz.

Methodisch aufwändiger würde eine *Begleitevaluation* vorgehen. Ihr Ziel wäre, die Auswirkungen der bereits beschlossenen Gesetzesänderung empirisch zu untersuchen. Dazu würde es mindestens zwei Messpunkte benötigen: Einen vor und einen nach der Gesetzesänderung. Da im vorliegenden Rahmen davon ausgegangen werden muss, dass sich die psychotherapeutische Praxis erst allmählich an die neuen Bedingungen anpassen würde, müsste es wohl mehr als einen Messzeitpunkt nach der Gesetzesänderung geben. Denkbar schliesslich wäre auch eine *Ex-post-Evaluation*, die auf die Erhebung von Daten zur Situation vor der Gesetzesänderung im Zeitpunkt vor der Gesetzesänderung verzichtet. Die Datenerhebungen zu beiden Zeitpunkten findet erst nach der Gesetzesänderung statt.

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich keine ex-ante-, keine ex-post- und auch keine Begleitevaluationen. Dies dürfte mehrere Gründe haben. Die aufgeworfene Frage ist für die politischen Entscheidungsträger/innen von zentraler Bedeutung, im akademischen Rahmen aber eher weniger interessant. Ex-ante-

---

<sup>34</sup> Vgl. Buchkremer/Klingberg (2001) zur Diskussion um Leitlinien für die wissenschaftlich fundierte Psychotherapieforschung und insbesondere die Unterschiede zwischen «efficacy» und «effectiveness»

Evaluationen dürften eher in Form von «Gutachten» und «Studien», also in Form von sogenannt grauer Literatur, vorliegen. In Abschnitt 5.3 werden wir entsprechende Arbeiten aus Deutschland und Österreich vorstellen. Begleitevaluationen sind sehr aufwändig und dürften wohl oft aus diesem Grund gar nicht erst in Angriff genommen werden.<sup>35</sup>

### 5.1.2 Sozioökonomische Evaluationsverfahren

#### 5.1.2.1 Die wichtigsten Studientypen

Sozioökonomische Evaluationsverfahren werden in den Sozialwissenschaften ganz generell eingesetzt. Schon früh wurden die auch heute noch geltenden unterschiedlichen Konzepte eingeführt (vgl. bspw. Drummond et al. 1987). In der Ökonomie hielten die Konzepte zuerst in der Finanzwissenschaft (bspw. Stiglitz/Schönfelder 1989), dann aber vor allem in der Gesundheitsökonomie Einzug (vgl. Drummond 1997, Schöffski/von der Schulenburg 2000, Brent 2003). Inzwischen liegen sowohl aus dem angelsächsischen wie auch aus dem deutschen Sprachraum Übersichtspublikationen zu einem Teilbereich der Gesundheitsökonomie, der Evaluation von Psychotherapien, vor (vgl. Miller/Magruder 1999, Vogel/Wasem 2004). Unterschieden werden im wesentlichen vier Studientypen (Schmidt 2004, Hessel et al. 2004, Knapp/Healey 1999, Neumer/Margraf 2000, Frasch/Neumann 1999)

■ **Kostenanalyse (CA):** Bei der Kostenanalyse werden die direkten und indirekten Kosten der Psychotherapie erfasst. Dadurch kann das Ausmass der Aufwendungen deutlich gemacht werden. Um ein eigentliches Evaluationsverfahren handelt es sich nicht, da die Kosten nicht einer Alternative bzw. der Wirksamkeit der Massnahmen gegenübergestellt werden.<sup>36</sup> Die Arbeiten von Beeler et al. (2003) und Ess/Szucs (2002) entsprechen diesem Ansatz.

■ **Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA):** Bei der CEA werden die direkten und indirekten Kosten im Verhältnis zur Effektivität der Psychotherapie ausgedrückt. Die Effektivität wird dabei durch eine nicht-monetarisierte Ergebnisgrösse dargestellt (bspw. Veränderung des Schweregrades der Depression)

■ **Kosten-Nutzwert-Analyse (CUA):** Bei der CUA werden die direkten und indirekten Kosten zu einer Grösse ins Verhältnis gesetzt, die nicht nur die Wirksamkeit der Psychotherapie, sondern auch deren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patient/innen erfasst. Eine typische Bezugsgrösse stellen die qualitätskorrigierten Lebensjahre (QALY) dar.

■ **Kosten-Nutzen-Analyse (CBA):** Bei den CBA werden die direkten und indirekten Kosten zu den direkten und indirekten Nutzen ins Verhältnis gesetzt. Beide Seiten – Kosten und Nutzen – werden monetarisiert. CBA sind relativ selten, weil die Monetarisierung aller Auswirkungen sehr aufwändig ist. Der Begriff «Kosten-Nutzen-Analysen» dient oft auch als Überbegriff für alle sozioökonomischen Evaluationsverfahren.

#### 5.1.2.2 Methodische Fragen

Rund um die verschiedenen sozioökonomischen Evaluationsverfahren gibt es eine Reihe von methodischen Fragen, die bei der konkreten Arbeit geklärt werden müssen und für die Interpretation der Ergebnisse von grosser Bedeutung sind. Dazu gehören:

---

<sup>35</sup> Eine Ausnahme stellt bspw. die geplante Begleitevaluation des BAG zur Liberalisierung des Cannabis-Konsums dar.

<sup>36</sup> Um eine sozioökonomische Evaluation würde es sich bei einer CA dann handeln, wenn zwei Massnahmen absolut identische Nutzen (Haupt- und Nebenwirkungen) verursachen. Dann würde ein Kostenvergleich zu einem gültigen Entscheid über die Rangierung der Alternativen führen.

- die Definition von direkten, indirekten und intangiblen Kosten und Nutzen, die Operationalisierung dieser Kategorien, ihre Messung und ihre Bewertung<sup>37</sup>
- die Definition und Messung des Endpunktes («Wann ist eine Therapie erfolgreich? Wie kann der Erfolg zuverlässig gemessen werden?»)»)
- die Wahl und Grösse der Vergleichsgruppen, die Korrektur der PatientInnenselektion
- die statistische korrekte Isolation des Therapieeffektes von anderen ebenfalls wirksamen Faktoren

Viele der existierenden Evaluationen von Psychotherapien werden als methodisch nicht einwandfrei bezeichnet (vgl. Frasch/Neumann 1999, 389, Baltensperger/Grawe 2001, 13, Buchberger/Klingberg 2001, 23). Fehler kommen fast in allen der genannten methodischen Bereichen vor. Dies dürfte nicht zuletzt damit zusammenhängen, dass die sozioökonomische Evaluation von Psychotherapien, gerade in Europa, eine noch relativ junge Disziplin darstellt.

Nachfolgend wollen wir auf einige methodische Schwierigkeiten kurz eingehen, weil sie für die Konzeption einer Kosten-/Nutzenfolgestudie von Bedeutung sind.

### **Definition, Messung und Bewertung des Nutzens von Psychotherapien**

Psychotherapien können vielfältige Nutzenwirkungen erzielen. Zu aller erst können sie die Gesundheit und die Lebensqualität der Patient/innen und ihres Umfeldes ganz entscheidend verbessern (unmittelbarer Nutzen). Dann können sie auch dazu führen, dass Gesundheitskosten (bspw. ärztliche Konsultationen) eingespart werden, weil sich die Gesundheit verbessert hat bzw. weil die bestehenden gesundheitlichen Probleme adäquater behandelt werden (Nutzen durch Kosteneinsparungen). Durch die Verbesserung der Gesundheit können Psychotherapien auch ausserhalb des Gesundheitswesens zu einer Kostenreduktion führen (bspw. durch die Reduktion der Krankheitsabwesenheiten am Arbeitsplatz, aber auch durch Einsparungen in anderen Sozialversicherungen wie der Invaliden-, der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe). Konzeptionell erfasst werden die Nutzen- analog zu den Kostendimensionen in drei Kategorien:

- Direkter Nutzen: Durch Psychotherapien bedingte Einsparungen im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang spricht man auch vom Offset-Effekt (Kraft et al. 2004, Kashner/Rush 1999).
- Indirekter Nutzen: Durch Psychotherapien bedingte Einsparungen ausserhalb des Gesundheitswesens
- Intangibler Nutzen: Nicht bzw. schwer monetarisierbare Effekte der Psychotherapien (bspw. die Verbesserung der Lebensqualität)

Kashner/Rush (1999, 111) versuchen, die Nutzenwirkungen detaillierter zu fassen. In Abschnitt 4.3.5.1 wurden die von diesen Autor/innen eingeführten Kategorien ausführlich beschrieben (Substitutions-Effekt, Gesundheits-Effekt, Behandlungsproduktivitätseffekt, Compliance-Effekt, Entdeckungseffekt, Komplementäreffekt, Lebensdauerseffekt, Einkommenseffekt). Für Kashner/Rush (1999) ist die Frage, ob die Nutzen- oder Kostenwirkungen von Psychotherapien überwiegen, letztlich nur empirisch zu klären. Betrachtet man die verschiedenen möglichen Einflussfaktoren, dann wird offensichtlich, dass die Identifikation der Nutzenseite eine methodisch heikle und aufwändige, aber keineswegs unlösbare Aufgabe darstellt. Insbesondere weisen die genannten kostentreibenden Faktoren auch auf darauf hin, dass ein langfristiger Untersuchungshorizont angestrebt werden muss.

---

<sup>37</sup> Themen sind unter anderen: Nach welchem Ansatz werden die indirekten Kosten und Nutzen bewertet? Welcher Zinssatz wird für die Diskontierung zukünftiger Kosten und Nutzen angewendet? Wie werden Preise, die nicht beobachtet werden können, bestimmt (bspw. der Wert der Freizeit)?

### Opportunitätskostenprinzip / Kontrollgruppen

Zentral für die sozioökonomischen Evaluationen ist das Opportunitätskostenprinzip. Es wird immer danach gefragt, welcher Nutzen alternativ mit einer eingesetzten Geldsumme hätte erreicht werden können. Im vorliegenden Rahmen bedeutet dies, dass geprüft werden muss, wie gut eine Psychotherapie relativ zur nächst besten abgeschnitten hat. Es reicht daher nicht aus, zu belegen, dass eine bestimmte Psychotherapie mehr Nutzen als Kosten bringt. Es muss auch gezeigt werden, dass diese Psychotherapie (a) besser ist als «nichts tun» (auch «nichts tun» führt zu Kosten und Nutzen) und (b) besser ist als eine andere Interventionsform (bspw. eine andere Psychotherapie). Sehr viele der empirischen Arbeiten enthalten keine oder keine korrekt gebildeten Kontrollgruppen (Baltensperger/Grawe 2001).

In den gleichen Themenbereich gehört die Isolation des Therapieeffektes. Viele empirische Arbeiten gehen so vor, dass sie die Kosten vor und nach der Therapie vergleichen und die (oft festgestellte) Kostenreduktion der Therapie zuschreiben. Selbst wenn die Interventions- und Kontrollgruppen sehr sorgfältig gebildet worden sind, dann braucht es zwingend eine statistische Analyse, damit der Therapieeffekt von anderen, ebenfalls wirkenden Faktoren unterschieden werden kann.

### 5.1.3 Kosten-/Nutzenfolgeschätzungen

Wir gehen für die nachfolgenden Überlegungen davon aus, dass die Kosten-/Nutzenfolgeschätzung vor der Einführung der Gesetzesänderung durchgeführt werden soll (vgl. Abbildung 1; ex-ante-Evaluation). Es gilt mehrere Aspekte zu beachten:

■ Grundsätzlich sind zwei unterschiedliche **Herangehensweisen** zu unterscheiden: Entweder wird als Basis für die Schätzung der Kosten-/Nutzenfolgen eine eigenständige empirische Arbeit durchgeführt oder man stützt sich auf vorhandene Untersuchungen. Der Vorteil einer eigenständigen empirischen Arbeit liegt darin, dass das Studiendesign so gewählt werden kann, dass die Fragestellung möglichst präzise beantwortet werden kann. Allerdings ist der Aufwand für eine derartige Studie beträchtlich. Geht man von vorhandenen Untersuchungen aus, so wird man damit zu kämpfen haben, dass die einzelnen Untersuchungen nicht für eine Kosten-/Nutzenfolgestudie konzipiert worden sind und sich ihre Ergebnisse teilweise nur bedingt auf die psychotherapeutische Alltagspraxis übertragen lassen.

■ **Praxisbezug:** Bei einer Kosten-/Nutzenfolgeschätzung geht es um die konkrete Praxis der Psychotherapie. Wenn die Kosten-/Nutzenfolgeschätzung auf der Basis von vorhandenen Studien gemacht werden soll, dann müssen sich diese auf die Psychotherapiepraxis in der Schweiz beziehen bzw. beziehen lassen.

■ **Kostenkategorien:** Es ist zu entscheiden, welche Kostenkategorien (direkte, indirekte, intangible) zu berücksichtigen sind. Für eine Kosten-/Nutzenfolgeschätzung in der Grundversicherung stehen die direkten Kosten im Vordergrund. Dazu gehören sicher die Kosten für die Durchführung der Psychotherapie selbst, die recht einfach abzuschätzen sind. Darüber hinaus sind bzw. wären aber auch die ebenfalls im Gesundheitswesen virulent werdenden Kostenkategorien nach Kashner/Rush (1999) zu berücksichtigen (Auswirkungen des Entdeckungs-, Komplementär-, Lebensdauer- und Einkommenseffektes). Diese zu quantifizieren verlangt nach einem längeren Zeithorizont. Da derartig langfristig angelegte Studien für eine Kosten-/Nutzenfolgeschätzung vor der Gesetzesänderung nicht durchgeführt werden können, müsste man sich dazu auf vorhandene Studien beziehen. Unseres Wissens liegen solche für die Schweiz bzw. vergleichbare Länder oder Krankenversicherungssysteme nicht vor.

■ **Nutzenkategorien:** Auch auf der Nutzenseite muss entschieden werden, welche Nutzenkategorien zu berücksichtigen sind (direkter, indirekter, intangibler Nutzen). Wiederum steht aus der Sicht der Grundversicherung der direkte Nutzen im Vordergrund. Dabei interessiert vor allem der Substitutionseffekt, in dem durch Psychotherapien andere medizinische Massnahmen, die anstelle der Psychotherapie durchgeführt worden wären, ersetzt werden. Die Quantifizierung des Substitutionseffektes stellt dabei besondere An-



forderungen dar, weil abgeschätzt werden muss, wie die somatischen Ärzt/innen auf den Rückgang der Nachfrage reagieren (Stichwort: Ausweichverhalten). Weitere direkte Nutzenkategorien, die Kashner/Rush (1999) unterscheiden, wären sicher auch wichtig, sind aber sehr schwer zu quantifizieren (Behandlungsproduktivitäts-, Compliance-, Gesundheits-Effekt). Die Quantifizierung des Substitutionseffektes verlangt nach empirischen Arbeiten auf individuellem Niveau. Es muss festgestellt werden können, welche Kosten ohne Psychotherapie entstanden wären. Dies kann methodisch auf verschiedenen Wegen erreicht werden. Am naheliegendsten sind Anwendungsstudien, die Kontrollgruppen beinhalten, die keine Psychotherapie bekommen haben.

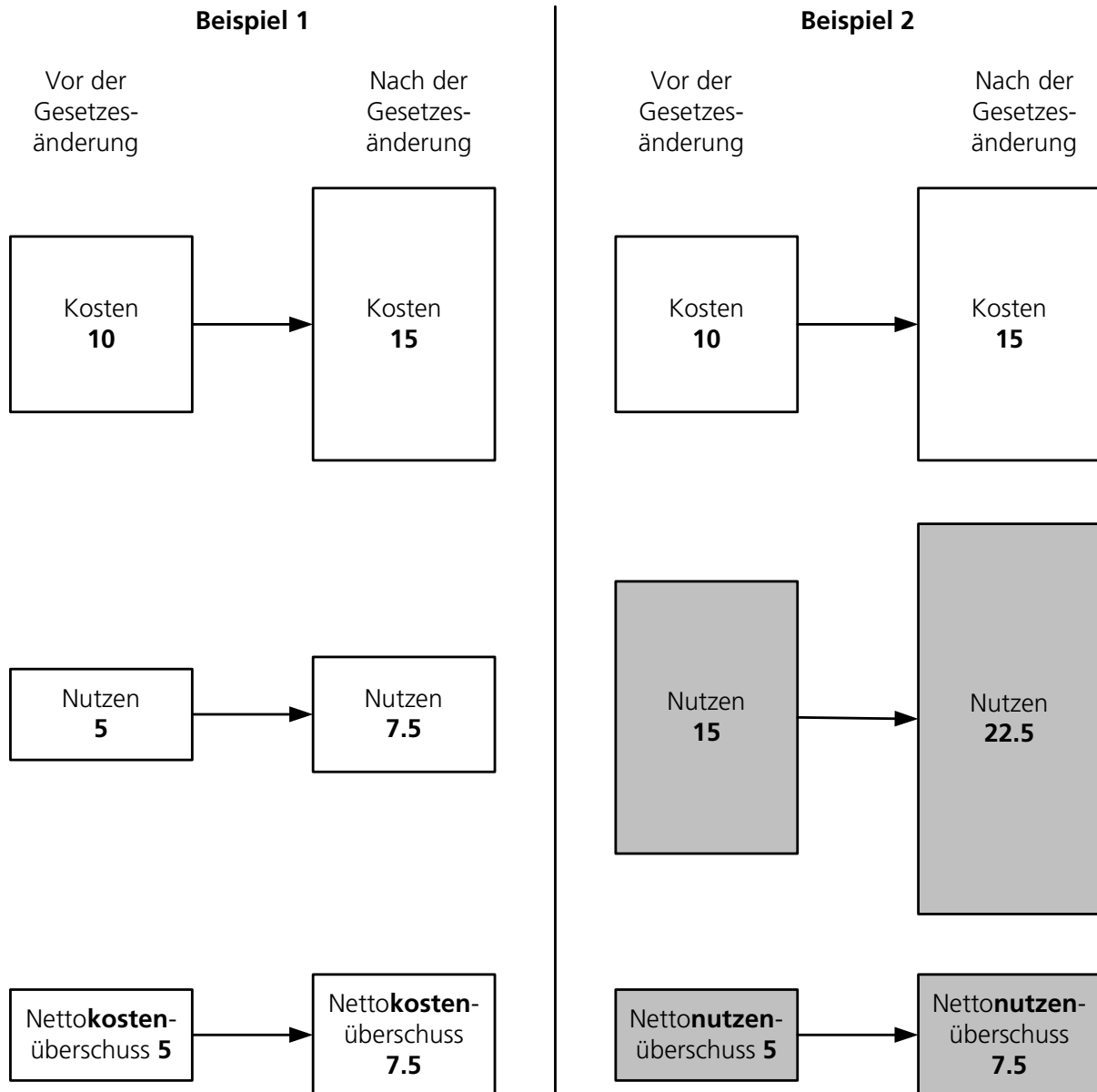
■ **Verhaltensänderungen:** Durch eine Gesetzesänderung dürfte sich in Abhängigkeit der konkreten Ausgestaltung der Änderung sowohl das Nachfrage- wie auch das Angebotsverhalten nach bzw. von Psychotherapien verändern. Auf der Nachfrageseite kann man davon ausgehen, dass es zu einer Mehrnachfrage kommt, weil die Psychotherapien günstiger werden (Abrechnung über die Grundversicherung) und weil die Zugangsschwelle u.U. niedriger wird (direkter Zugang zu selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen). Auf der Angebotsseite ist zu erwarten, dass sich das Angebot der steigenden Nachfrage anpasst, wenn der Preis pro Therapiestunde ausreichen. Eine Kosten-/Nutzenfolgestudie muss daher Annahmen darüber treffen, welche Verhaltensänderungen sich mit welcher Wahrscheinlichkeit ergeben können. Diese Annahmen sind möglichst empirisch abzustützen, wie bspw. bei Ess/Szucs (2002). Die von Ess/Szucs (2002) verwendeten Studienergebnisse sind allerdings recht alt und basieren auf eher kleinen PatientInnenkollektiven.

Betrachtet man die für die Schweiz vorliegende Kostenstudie von Beeler et al. (2003) sowie die von Ess/Szucs (2002) darauf aufbauende Kostenfolgestudie, so fällt auf, dass die Nutzenkategorien nicht abgeschätzt worden sind. Für die Fragestellung der Kosten-/Nutzenfolgeschätzung ist eine Abschätzung des Nutzens aber zentral. Eine Vernachlässigung der Nutzenseite kann – je nach der Stärke der Nutzenwirkung - zu Fehlschlüssen führen. Dies soll das vollständig fiktive Beispiel in **Abbildung 4** verdeutlichen. Wir gehen sowohl in Beispiel 1 wie auch in Beispiel 2 hypothetisch davon aus, dass die Erbringung von Psychotherapien vor der Gesetzesänderung zu Kosten von 10 und nach der Änderung aufgrund einer höheren Inanspruchnahme zu Kosten von 15 führt. Die Kostenzunahme beträgt somit in absoluten Werten 5 (15-10) und in relativen Werten 1.5 (15/10).

In Beispiel 1 unterstellen wir einen Nutzen der Psychotherapien von 5 vor der Gesetzesänderung und von 7.5 nach der Gesetzesänderung. Die Nutzenzunahme beträgt somit wie bei den Kosten 1.5 (man könnte grundsätzlich auch eine über- oder unterproportionale Zunahme des Nutzens unterstellen). Durch den Vergleich von Kosten und Nutzen errechnet sich ein Nettokostenüberschuss vor der Gesetzesänderung von 5 und ein solcher nach der Gesetzesänderung von 7.5. Die Nettokostenzunahme beträgt somit in absoluten Werten 2.5 bzw. in relativen 1.5.

In Beispiel 2 nehmen wir nun an, dass der Nutzen der Psychotherapien vor (15) und nach (22.5) der Gesetzesänderung grösser ist als die Kosten. Das Nutzenwachstum beträgt auch in Beispiel 2 1.5 (wie bei den Kosten). Nun errechnet sich aber ein Nettonutzenüberschuss von 7.5 (22.5-15). Das Wachstum des Nettonutzenüberschusses beträgt wiederum 1.5 (22.5/15).

Abbildung 4: Illustrationsbeispiel für die Wichtigkeit der Nutzenabschätzung



Kostenzunahme:  $15 - 10 = 5$   
 Kostenwachstum:  $15 / 10 = 1.5$

Nettokostenzunahme:  $7.5 - 5 = 2.5$   
 Nettokostenwachstum:  $7.5 / 5 = 1.5$

Kostenzunahme:  $15 - 10 = 5$   
 Kostenwachstum:  $15 / 10 = 1.5$

Nettonutzenzunahme:  $22.5 - 15 = 7.5$   
 Nettonutzenwachstum:  $7.5 / 5 = 1.5$

Quelle: Eigene Darstellung

Das Illustrationsbeispiel zeigt eindrücklich, dass die Beurteilung der Gesetzesänderung nicht nur durch die Veränderung der Kosten beurteilt werden darf. Die Kostenseite ist in Beispiel 1 und 2 identisch (Kostenzunahme von 5 bzw. ein Kostenwachstum von 1.5), die Nutzenseite präsentiert sich aber vollkommen unterschiedlich. Im zweiten Fall würde man die Gesetzesänderung sicher befürworten, im ersten Fall eher kritisch prüfen. Konkret bedeutet dies, dass vom Kostenwachstum (1.5) nicht direkt auf das volkswirtschaft-

lich interessierende Verhältnis von Kosten und Nutzen geschlossen werden kann. Je nach Konstellation kann es sich um ein Nettokosten- (Beispiel 1) oder ein Nettonutzenwachstum (Beispiel 2) handeln. Forschungsökonomisch wäre es natürlich vorteilhaft, wenn ein Analogieschluss vom Kostenwachstum auf die volkswirtschaftliche Bedeutung möglich wäre, weil dies bedeuten würde, dass man sich auf die Untersuchung der Kostenentwicklung beschränken könnte. Das Illustrationsbeispiel belegt nun aber, dass eine Quantifizierung der Nutzenseite nicht übergangen werden kann.

### 5.1.4 Fazit

Die Auftraggeber interessieren sich für eine Ex-ante-Evaluation einer geplanten Gesetzesänderung. Dazu gibt es kaum wissenschaftliche Literatur. Letztere bezieht sich vor allem auf die sozioökonomischen Evaluationsverfahren (Kosten-Effektivitäts-, Kosten-Nutzwert- und Kosten-Nutzenstudien). Ex-ante-Evaluationen haben mit der besonderen Schwierigkeit umzugehen, dass sie das Nachfrage- und Angebotsverhalten nach der Gesetzesänderung prognostizieren müssen. Dies kann nur im Rahmen von empirisch gestützten Annahmen vorgenommen werden (Szenariotechnik). Zu berücksichtigen ist im vorliegenden Zusammenhang, dass nicht nur die Kosten von Psychotherapien vor und nach der Gesetzesänderung verglichen werden können (wie dies bspw. Beeler et al. 2003 für die Schweiz gemacht haben). Dies kann zu Fehlschlüssen führen. Die Berücksichtigung der Nutzenseite (vor und nach der Gesetzesänderung) ist ebenso wichtig.

## 5.2 Ergebnisse aus der Literatur

Es wurde bereits erwähnt, dass es in der wissenschaftlichen Literatur keine Kosten-/ Nutzenfolgestudien gibt. Konkret liegt uns einzig für die Schweiz eine Arbeit vor (Ess/Szucs 2002). Diese soll nachfolgend diskutiert werden. In Abschnitt 2.1 wurden bereits die Ergebnisse einer Literaturübersicht zu sozioökonomischen Evaluationen im internationalen Kontext referiert.

Ess/Szucs (2002) stützen sich bei ihren Kostenszenarien auf die Grundlagenarbeit von Beeler/Szucs (2001), die im Juni 2000 670 computerassistierte Telefoninterviews bei Psychotherapeut/innen in allen Landesteilen der Schweiz durchführten (vgl. für eine ausführlichere Diskussion dieser Arbeiten Spycher et al. 2004). Gefragt wurde nach der Aus- und Weiterbildung der Therapeut/innen bzw. der delegierenden Ärzt/innen, der Anzahl durchgeführter Therapien pro Woche, der Konsultationsfrequenz, nach dem Honorar, der Finanzierung des Honorars sowie weiteren Parametern. Beeler/Szucs (2001) war es aufgrund dieser Angaben möglich, das in der Schweiz im Jahre 2000 durchgeführte Therapiestundenvolumen und die dadurch ausgelösten Kosten für die verschiedenen Kostenträger (Grundversicherung, Zusatzversicherung, Patient/innen, IV, UV, Arbeitgeber, Opferhilfe, Andere) nach Berufsgruppe (Psychiater/innen, Grundversorger/innen, Psycholog/innen, Übrige Therapeut/innen) darzustellen.

Ausgehend von diesen Daten schätzten Ess/Szucs (2002) die Kostenfolgen der Integration selbständiger psychologischer Psychotherapeut/innen in die Grundversicherung ab. Dazu gingen sie von folgenden Annahmen aus:

- Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) bleibt ansonsten unverändert (bspw. keine Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringer/innen)
- Die in Beeler/Szucs (2001) festgestellten durchschnittlichen Honorare bleiben unverändert (150 Franken für Psychiater/innen, 110 Franken für Allgemeinärzt/innen, 115 Franken für anerkannte Psycholog/innen).
- Zugelassen zur Abrechnung über die Grundversicherung werden ärztliche Psychotherapeut/innen, Grundversorger/innen sowie Psycholog/innen mit einer psychotherapeutischen Ausbildung.

- Der Zuwachs an Patient/innen erfolgt ausschliesslich bei den psychologischen Psychotherapeut/innen. Die Patient/innenzahl bei den Psychiater/innen und bei den Grundversorger/innen bleiben konstant.
- Es besteht ein Selbstbehalt von 10 Prozent (wie bei allen anderen medizinischen Leistungen auch).

Auf der Grundlage dieser Annahmen und gestützt auf die wissenschaftliche Literatur berechnen Ess/Szucs (2002) die Auswirkungen von zwei Szenarien. Im Szenario «Mässiges Wachstum» gehen sie davon aus, dass in den 10 Jahren nach der Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zur Grundversicherung die nachgefragte Menge an Therapiestunden um 30 Prozent ansteigt. Im Szenario «Starke Zunahme» beträgt das Wachstum über die zehn Jahre 50 Prozent.

Die Ergebnisse zeigen zwei verschiedene Effekte:

- Zum einen kommt es unabhängig vom Szenario zu einer Kostenzunahme in der Grundversicherung, weil Psychotherapien, die vor der Gesetzesänderung durch die Zusatzversicherungen bzw. durch Selbstzahler/innen finanziert worden sind, nun teilweise von der Grundversicherung übernommen werden (Kostenverschiebung). Diesen Betrag schätzen die Autor/innen für das Jahr 2000 auf rund 100 Millionen Franken. Die von der Grundversicherung im Jahr 2000 übernommenen Kosten betragen 396 Millionen Franken (für Therapien von Ärzt/innen und delegiert arbeitenden Personen), so dass der unmittelbare Effekt der Zulassung der psychologischen Psychotherapien zu einem Kostenvolumen von 496 Millionen Franken führt.

- Zum anderen führen die Szenarien zu einer Erhöhung der Kosten. Das «mässige Wachstum» steigert die Kosten von 496 Millionen Franken auf 722 Millionen Franken jährlich (+46%). Das «starke Wachstum» führt zu einer Zunahme auf 864 Millionen Franken (+74%).

Die Autor/innen weisen darauf hin, dass ihre Projektionen lediglich die durch die Therapiestunden verursachten Kosten betrachten. Die Nutzenseite wird nicht quantifiziert.

### 5.3 Erfahrungen aus Deutschland und Österreich

Als Grundlage für die Entwicklung eines Konzeptes für eine Kosten-Nutzenfolgestudie für die Schweiz ist es interessant, zu prüfen, ob in anderen Ländern derartige Studien vorgenommen worden sind, wie sie methodisch vorgegangen sind und zu welchen Ergebnissen sie gekommen sind. Mattanza (2002) untersuchte die internationalen Regelungen der Psychotherapie in folgenden Ländern: Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Italien, Niederlande, Österreich, Schweden und der Schweiz. Die Regelungen in Deutschland und Österreich sind dabei im vorliegenden Rahmen von besonderem Interesse. In beiden Ländern wurde zuerst ein Psychologieberufegesetz erlassen und anschliessend den (selbständigen, psychologischen) Psychotherapeut/innen die Möglichkeit gegeben, ihre Leistungen über die Grundversicherung abzurechnen. Daher soll in den beiden folgenden Abschnitten kurz die Situation in den beiden genannten Ländern dargestellt und der Frage nachgegangen werden, ob Kosten-Nutzenfolgestudien vorliegen.

#### 5.3.1 Deutschland

##### 5.3.1.1 Regelungen und Entwicklungen

###### **Berufsrechtliche Regelung**

Auf den 1. Januar 1999 wurde in Deutschland das Psychotherapeutengesetz in Kraft gesetzt. Es regelt die Aus- und Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeut/innen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut/innen. Die Ausbildung findet in staatlich anerkannten privaten oder universitären Ausbildungsinsti-

tuten statt. Die Studierenden müssen ein Psychologiestudium mit Schwerpunkt in Klinischer Psychologie absolvieren. Es schliesst sich eine mindestens dreijährige Weiterbildung an. Die Ausbildungskandidat/innen schliessen die Ausbildung mit einer staatlichen Prüfung ab und können dann einen Antrag auf Approbation stellen (Schulz et al. 2004, 35, Mücke 2000, 585).

Gemäss der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung von 2003 können Ärzt/innen den/die Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, den/die Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder den/die Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durch ein entsprechendes Weiterbildungscurriculum erwerben. Diese Weiterbildung erfolgt in der Regel in Kliniken und Abteilungen der entsprechenden Fachgebiete oder in der niedergelassenen Praxis. Darüber hinaus haben Ärzt/innen die Möglichkeit die Zusatzbezeichnung «Psychotherapie» und/oder «Psychoanalyse» zu erlangen. Diese berufsbegleitende Zusatz-Weiterbildung erfolgt zum Teil in entsprechenden Instituten, aber auch durch befugte Ärzt/innen in der niedergelassenen Praxis (Schulz et al. 2004, 35).

### **Abrechnung über die Grundversicherung**

Vor der Einführung des Psychotherapeutengesetzes konnten Psychotherapien – wie in der Schweiz – delegiert durchgeführt werden (allerdings nur von Psycholog/innen). Zudem gab es die Möglichkeit, dass die Kassen Kosten erstatteten (Sell 2004, 263). Gleichzeitig mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes wurde auch die Abrechnung über die Grundversicherung neu geregelt. Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

■ Die psychologischen Psychotherapeut/innen sind den Ärzt/innen grundsätzlich gleichgestellt und somit Teil der Versorgung. Damit die Kassen die Kosten der psychotherapeutischen Behandlungen der psychologischen Psychotherapeut/innen übernehmen, muss die Therapie beantragt werden. Bestandteil des Antragsverfahrens ist eine Begründung durch eine/n Gutachter/in. Dazu schreibt der/die behandelnde Therapeut/in einen Bericht. Der/die Gutachter/in hat keinen direkten Kontakt mit der/dem Patient/in. Das Verfahren unterscheidet sich nach der Dauer der anvisierten Therapie. Die Ablehnungsquote beträgt zwischen 2 und 4 Prozent (Schulz et al. 1994, 38).

■ In Deutschland kommen Kennziffern zur maximalen Versorgungsdichte zur Anwendung (Mindestanzahl Einwohner/innen pro Ärzt/in bzw. pro Psychotherapeut/in). Die Kennziffern werden nach zehn Regionentypen und nach 14 Typen von Leistungserbringer/innen differenziert. Bei den Psychotherapeut/innen schwanken die Kennziffern zwischen 2'577 Einwohner/innen pro Psychotherapeut/in (Kernstädte) bis zu 23'106 Einwohner/innen pro Psychotherapeut/in (Ländliche Kreise). Bis 2008 gilt die Regelung, dass in jeder Region die ärztlichen sowie die psychologischen Psychotherapeut/innen ein Anrecht auf mindestens 40 Prozent der maximal zugelassenen Stellen haben (Schulz et al. 2004, 48).

■ Die Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungserbringer/innen erfolgt im Rahmen der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Nach dieser Systematik zahlen die Krankenkassen mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die konkrete Verteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung auf die einzelnen Leistungserbringer/innen erfolgt auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmasstab (EBM). Werden mehr EBM-Punkte als budgetiert erbracht, dann sinkt die Abgeltung pro EBM-Punkt (Sell 2004, 264). Im Jahr 2000 schwankte die Abgeltung der Psychotherapie pro Stunde zwischen 82.51 DM (Berlin) und 130.50 DM (Rheinhausen) (Sell 2004, 271). Die Tarife lagen somit deutlich unter den heute geltenden Tarifen in der Schweiz.

Für das Einführungsjahr 1999 wurde das für die psychologische Psychotherapie zur Verfügung stehende Budget auf der Grundlage des vor 1999 registrierten Ausgabenvolumens für die delegierte Psychotherapie bestimmt. Es betrug 1.3 Milliarden DM (bei einer Gesamtvergütung von 41.6 Milliarden DM; Anteil von

3.1%). Dadurch wurden die Kostenauswirkungen der Integration der psychologischen Psychotherapie als selbständige Leistung in die Grundversicherung stark kontrolliert und limitiert.

### **Kosten-Nutzen-Folgestudien**

In Deutschland wurden verschiedentlich Ex-ante-Evaluationen nach dem Typ der Studie von Ess/Szucs (2002) in der Schweiz vorgenommen. Ausgangspunkt bildete jeweils der aktuelle Stand der psychotherapeutischen Versorgung. Ausgehend von Prävalenzdaten über die psychischen Krankheiten sowie von Ergebnissen aus der Literatur hinsichtlich der Inanspruchnahme von Psychotherapien wurden Annahmen darüber getroffen, wie viele Patienten/innen eine Psychotherapie in Anspruch nehmen würden, wenn auch die selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen in die Grundversicherung aufgenommen würden. In dieser Forschungstradition stehen die Arbeiten von Meyer et al. (1991) und Löcherbach (2000).<sup>38</sup>

Erstaunlicherweise gibt es keine Evaluationen der Einführung des Psychotherapeutengesetzes und somit auch keine systematischen Analysen der beobachteten Effekte.

### **Entwicklung des Angebotes und der Kosten von Psychotherapien**

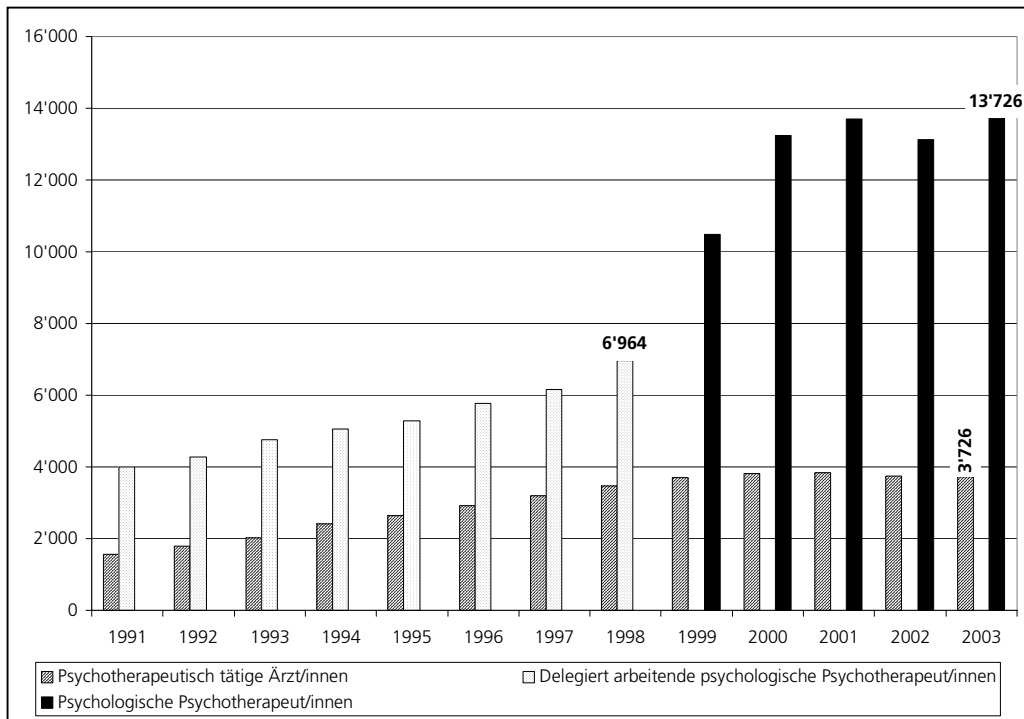
Die Abbildungen 5 und 6 zeigen die Entwicklung der Anzahl der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut/innen, die zur Abrechnung über die Grundversicherung zugelassen sind, zwischen 1990 und 2002. Es muss vorausschickend darauf hingewiesen werden, dass der Beschäftigungsgrad bzw. das Umsatzvolumen der Therapeut/innen nicht berücksichtigt wird. **Abbildung 5** zeigt, dass die Zulassung der psychologischen Therapeut/innen 1999 die Situation ganz grundlegend verändert hat. Vor der Einführung waren 1998 3'463 Ärzt/innen vorwiegend psychotherapeutisch tätig (ohne Berücksichtigung der Teilzeiterwerbstätigkeit). Im selben Jahr arbeiteten 6'964 Psycholog/innen in einem delegierten Arbeitsverhältnis. Am Ende des Einführungsjahres 1999 waren es 3'710 Ärzt/innen und neu 10'493 Psycholog/innen (ohne Berücksichtigung der Teilzeiterwerbstätigkeit – die Abbildung 8 zeigt die Kostenentwicklung und berücksichtigt somit die Teilzeitarbeit). Dies stellt einen eigentlichen Quantensprung in der Versorgung, die über die Grundversicherung finanziert wird, dar. Allerdings gibt es zusätzlich sehr viele Psycholog/innen, die für die Durchführung von Psychotherapien legitimiert wären, dies aber aus verschiedenen Gründen nicht taten (bspw. in dem von Psychotherapeutinnen Familienarbeit übernommen wurde). In den folgenden Jahren nahm die Anzahl der Psycholog/innen relativ zum Basisjahr 1998 um 89 Prozent, diejenige der ärztlichen Therapeut/innen nur noch um 8 Prozent zu (vgl. **Abbildung 6**). Die Zahl aller Ärzt/innen stieg in der gleichen Zeit um 3 Prozent. Zwischen 1991 und 1999 verdoppelte sich die Zahl der ärztlichen Psychotherapeut/innen. Nach der Zulassung der psychologischen Therapeut/innen kam diese Entwicklung somit fast vollständig zum Stillstand.

---

<sup>38</sup> Kätner (1985) arbeitet mit einem vergleichbaren Ansatz.

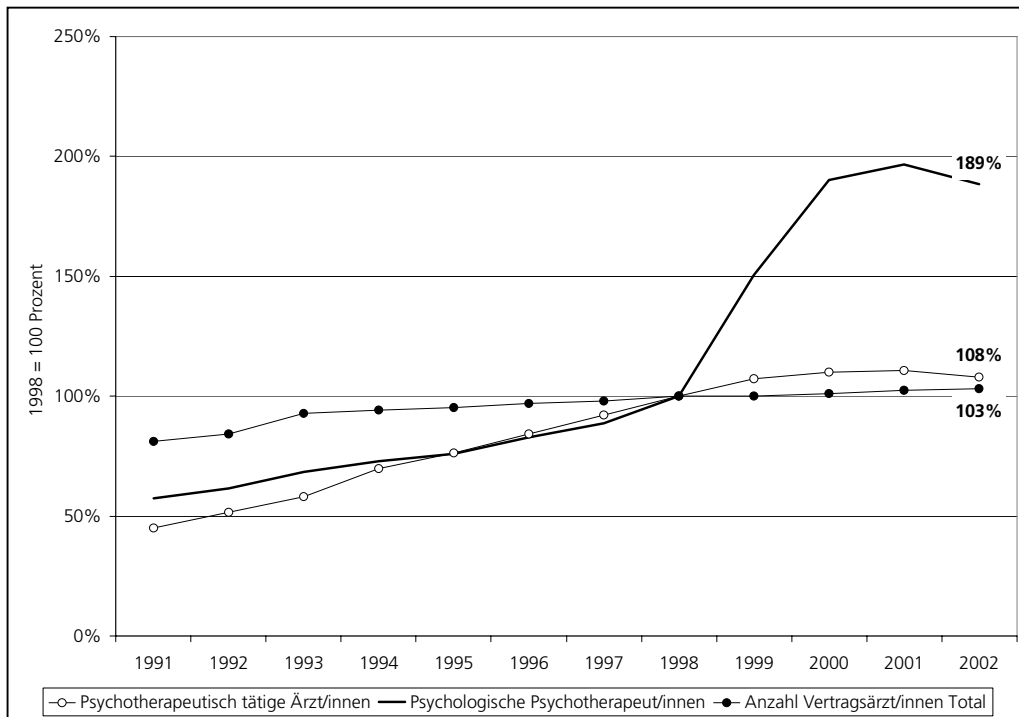
5 Konzept zur Untersuchung der Kosten- und Nutzenwirkungen einer möglichen Zulassung

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl psychologischer und ärztlicher Psychotherapeut/innen, 1991-2003 (\*)



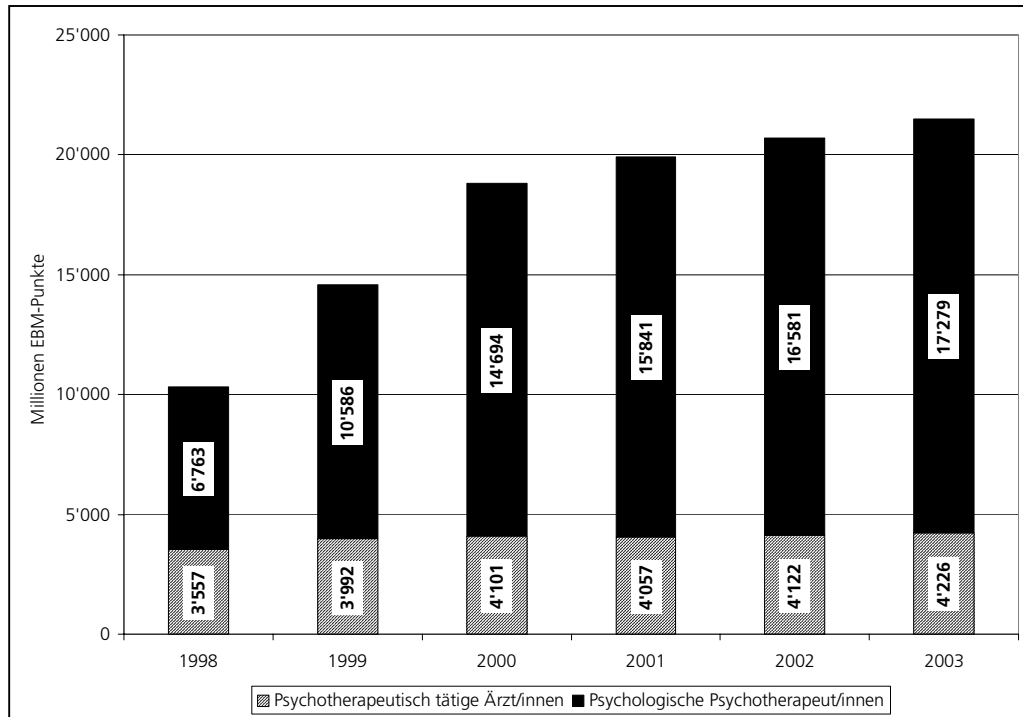
(\*) Anzahl Personen ohne Berücksichtigung der Teilzeiterwerbstätigkeit  
 Quelle: Sonderauswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (7.2.2005)

Abbildung 6: Trend der Entwicklung der Anzahl psychologischer und ärztlicher Psychotherapeut/innen, 1991 bis 2002 (1998=100)



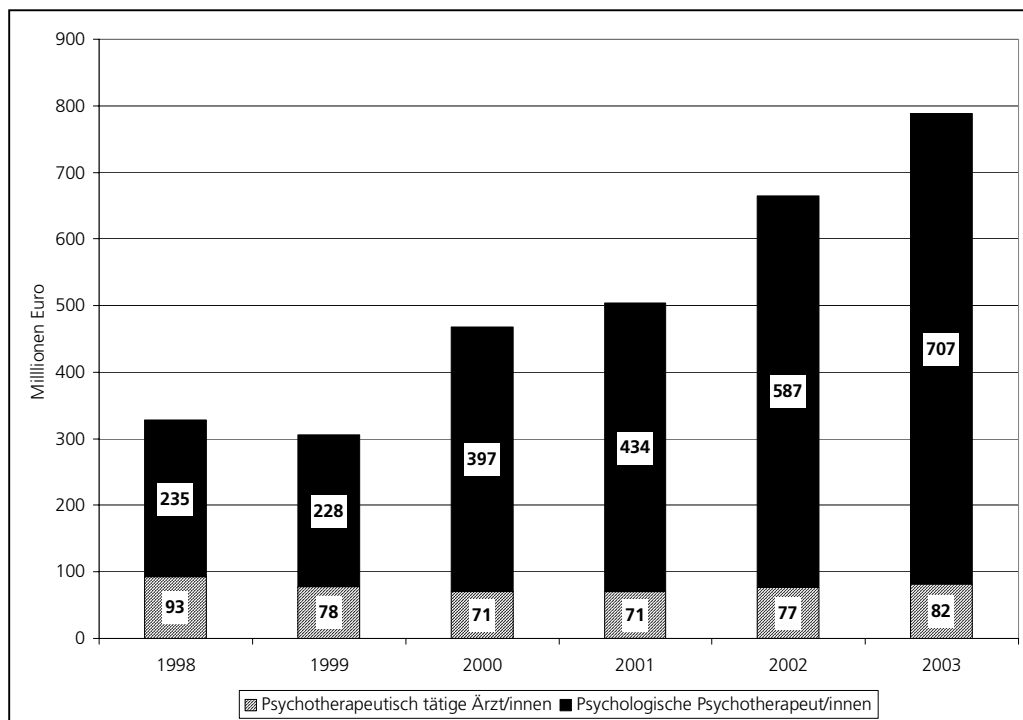
Quelle: Sonderauswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (7.2.2005)

Abbildung 7: Entwicklung der für Psychotherapien verrechneten EBM-Punkten 1998-2003



Quelle: Sonderauswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (7.2.2005)

Abbildung 8: Entwicklung der für Psychotherapien bezahlten Honorare 1998-2003



Quelle: Sonderauswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (7.2.2005)



**Abbildung 7** zeigt die Entwicklung des Tarifpunktevolumens, das für Psychotherapien verrechnet werden konnte. Zwischen 1998 und 1999 stieg die Summe um 41 Prozent von rund 10 Milliarden Punkten auf 14.6 Milliarden Punkte. Der Anstieg ist auf die Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen zurückzuführen. Zwischen 1999 und 2000 kam es nochmals zu einem deutlichen Anstieg um 29 Prozent auf 18.8 Milliarden Punkte. Danach flachte die Zunahme etwas ab. Im Jahr 2003 wurde im Vergleich zum Jahr vor der Einführung des Psychotherapeutengesetzes (1998) gut das Zweifache der Punkte verrechnet

**Abbildung 8** zeigt die Entwicklung der Honorarsumme für die Psychotherapien. Interessanterweise ist die Entwicklung nicht ganz deckungsgleich mit derjenigen der Tarifpunkte. Zwischen 1998 (328 Millionen Euro) und 1999 (306 Millionen Euro) kam es, trotz starker Zunahme der verrechneten EBM-Punkte, sogar zu einem leichten Rückgang der Abgeltungssumme. Danach stieg aber die Honorarsumme deutlich an und lag 2003 2.4 Mal höher als im Basisjahr 1998. Diese Entwicklung hängt mit der Fixierung des Globalbudgets für die psychologischen Psychotherapeut/innen zusammen. Die Schätzung für 1999 wurde aufgrund der Verhältnisse in der delegierten Therapie vor 1999 vorgenommen und konnte die Leistungsausdehnung nicht berücksichtigen. Entsprechend war die Abgeltung der psychologischen Psychotherapeut/innen 1999 recht tief.<sup>39</sup> In den Folgejahren wurde dann das Globalbudget für psychologische Psychotherapeut/innen schrittweise durch Vergütungssteigerungen der Krankenkassen (das Globalbudget über alle Leistungserbringer/innen nimmt normalerweise nur im Ausmass der Löhne zu) und durch Änderungen der innerärztlichen Honorarverteilung zu Lasten anderer ÄrztInnengruppen ausgedehnt.

**Abbildung 9** zeigt die Entwicklung zwischen den beiden Berufsgruppen. Vor der Einführung des Psychotherapeutengesetzes lag der Anteil der Ärzt/innen, die Psychotherapien durchführten, bei den Tarifpunkten bei 34 Prozent und bei der Honorarsumme bei 28 Prozent. Diese Anteile reduzierten sich bis ins Jahr 2003 auf 20 Prozent (Tarifpunkte) bzw. 10 Prozent (Honorar). Der Rückgang beim Honorar war daher stärker als derjenige bei den Tarifpunkten.

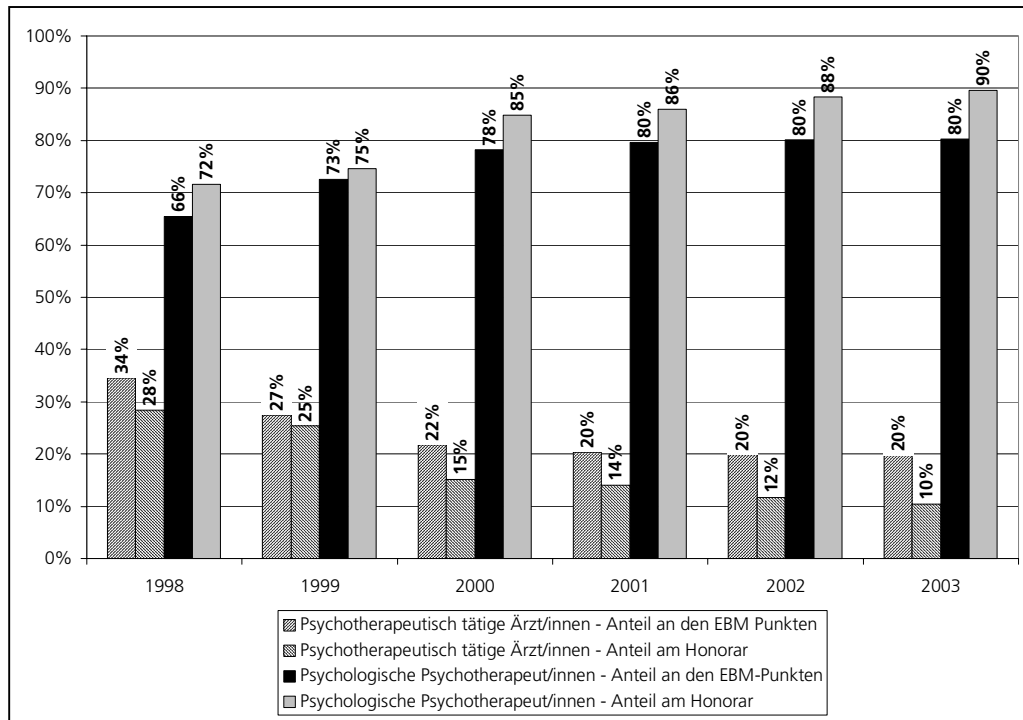
**Abbildung 10** stellt die pro Leistungserbringer/in und Jahr verrechnete Tarifpunktesumme dar (durchschnittliche Produktivität). Hier zeigt sich interessanterweise bei den Psycholog/innen eine deutliche Zunahme. Im ersten Jahr nach der Zulassung (1999) verrechnete ein/e Psycholog/in im Durchschnitt 1.0 Millionen Punkte für Psychotherapien. Dieser Wert nahm bis 2003 um 25 Prozent auf 1.26 Millionen Punkte zu. Die von ärztlichen Psychotherapeut/innen pro Kopf im Durchschnitt verrechnete Tarifpunktesumme liegt tiefer (2003 1.13 Millionen Punkte), nahm aber zwischen 1998 und 2003 ebenfalls zu (10%). Insgesamt betrug der Produktivitätszuwachs pro Leistungserbringer/in zwischen 1998 und 2003 24 Prozent.

**Zusammenfassend** kann festgehalten werden, dass sich fünf Jahre nach der Einführung des Psychotherapeutengesetzes die erbrachten Leistungen im Bereich der Psychotherapie sowie die dafür bezahlte Honorarsumme verdoppelt haben. Die Zahl der Leistungserbringer/innen hat im selben Zeitraum allerdings «nur» um 67 Prozent zugenommen. Dies ist auf die gestiegene Produktivität der Psychotherapeut/innen zurückzuführen.

---

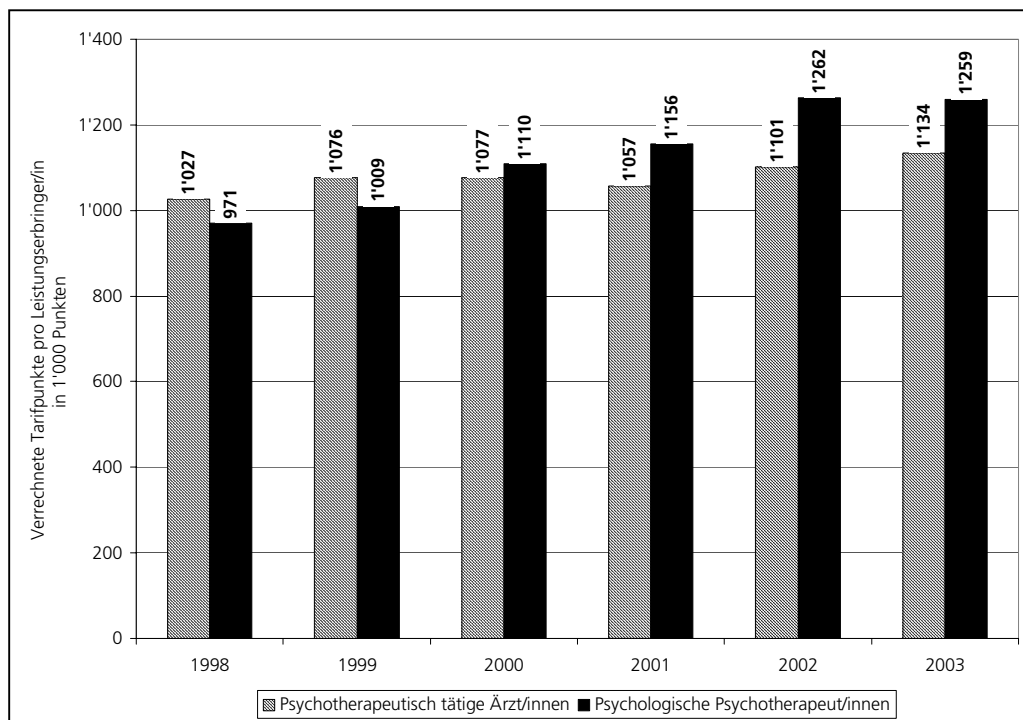
<sup>39</sup> Die ausgewiesenen Daten beruhen auf den Abrechnungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Zur Zeit sind seitens der psychologischen Psychotherapeut/innen für die Jahre 1998 bis 2004 noch Nachforderungen hängig. Die Psycholog/innen argumentieren, dass damals ihr Globalbudget zu tief angesetzt worden sei. Es ist daher möglich, dass nachträglich die Abgeltungen für diese Jahre noch zunehmen.

Abbildung 9: Entwicklung des Anteils der psychologischen Psychotherapeut/innen am Leistungsbedarf und am Honorar 1998-2003



Quelle: Sonderauswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (7.2.2005)

Abbildung 10: Entwicklung der pro Leistungserbringer/in pro Jahr verrechneten Tarifpunktemenge für Psychotherapien 1998-2003



Quelle: Sonderauswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (7.2.2005)

### 5.3.1.2 Bezug zur schweizerischen Diskussion

Aus den in Deutschland durchgeführten Studien kann für die Schweiz hinsichtlich des methodischen Vorgehens kein unmittelbarer Nutzen gezogen werden, weil mit Ess/Szucs (2002) eine analoge Arbeit für die Schweiz bereits durchgeführt worden ist. Die dargestellte Entwicklung in der ambulanten Versorgung mit Psychotherapien zeigt aber, dass sich eine deutliche Gewichtsverschiebung zu den psychologischen Psychotherapeut/innen ergeben dürfte. Die in fünf Jahren nachgewiesene Verdoppelung der durchgeführten psychologischen Psychotherapien übersteigt die Annahmen, die bspw. Ess/Szucs (2002), gestützt auf die Literatur, vorgenommen haben. Sie gingen von Zunahmen zwischen 30 und 50 Prozent innerhalb von 10 Jahren aus.

### 5.3.2 Österreich

Die Darstellung der Verhältnisse in Österreich stützt sich auf verschiedenen Publikationen (Schaffenberger et al. 1997, 2003 und 2004, Bednar et al. 2004, Katschnig et al. 2001, BMGF 2003) sowie Telefongesprächen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

#### 5.3.2.1 Regelungen und Entwicklungen

##### **Berufsrechtliche Regelung**

Bis 1990 konnten in Österreich nur Ärzt/innen psychotherapeutische Leistungen zuhanden der Grundversicherung abrechnen. 1991 trat das Psychotherapiegesetz in Kraft, welches festlegt, dass psychotherapeutische Leistungen von allen Personen erbracht werden können, die über die entsprechende Ausbildung verfügen und in die PsychotherapeutInnenliste eingetragen sind. Nur jene Personen, die in der genannte Liste eingetragen sind, sind auch berechtigt, die Berufsbezeichnung «Psychotherapeut/in» zu führen. Interessant ist dabei, dass in Österreich im Unterschied zu Deutschland und dem in der Schweiz vorgesehenen Gesetz der Ursprungsberuf (bspw. Psycholog/in) im Gesetz nicht festgelegt wird. Das Gesetz findet somit auch auf Ärzt/innen Anwendung.

##### **Abrechnung über die Grundversicherung**

Auf den 1. Januar 1992 wurde mit der 50. Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes die Möglichkeit geschaffen, dass die Psychotherapeut/innen gemäss Psychotherapiegesetz ihre Leistungen über die Grundversicherung abrechnen können. Notwendige Voraussetzung dafür ist – wie bei den Ärzt/innen – der Abschluss eines sog. Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Versicherer und dem Verband der Psychotherapeut/innen. Ein derartiger Vertrag regelt u.a. die Anzahl der zugelassen Leistungserbringer/innen sowie ihre Abgeltung. Ein Gesamtvertrag ist trotz intensiven Verhandlungen bis heute nicht zustande gekommen.<sup>40</sup>

Das Gesetz sieht für den vertragslosen Zustand erstens vor, dass die Versicherer auf Antrag der Patient/innen Kostenzuschüsse an Psychotherapien leisten können. Diese betragen zur Zeit rund 20 Euro pro Therapiestunde. Zweitens können die Versicherer mit niedergelassenen Psychotherapeut/innen Einzelverträge abschliessen. Von dieser Option wurde bisher nicht Gebrauch gemacht. Drittens schliesslich können die Versicherer in versicherungseigenen Einrichtungen Psychotherapien anbieten.

---

<sup>40</sup> Gemäss telefonischen Aussagen von Dr. Johannes Gregoritsch (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) liegt einer der Konflikte darin, dass der Verband der Psychotherapeut/innen alle zugelassenen Therapierichtungen für alle Indikationen zulassen möchte. Der Hauptverband dagegen besteht darauf, dass eine Differenzierung von zugelassenen Therapien nach Indikationen vorgenommen wird.

Ein Gesamtvertrag ist, wie erwähnt, bisher nicht abgeschlossen worden. In fünf Bundesländern haben aber einzelne Krankenversicherungsträger mit psychotherapeutischen Versorgungsvereinen und Institutionen Verträge abgeschlossen, die ähnliche Regelungen kennen wie der österreichweit vorgesehene Gesamtvertrag. Allerdings gibt es zwischen den Vereinsverträgen beträchtliche Unterschiede. Das Tiroler Modell sieht bspw. vor, dass – sichergestellt durch ein Diagnose- und Bewilligungsverfahren – nur schwer psychisch kranke Patient/innen in den Genuss der Kassenleistungen kommen sollen. In Wien werden über das Psychotherapiegesetz hinaus zusätzliche Qualifikationsanforderungen an die Psychotherapeut/innen gestellt. In Oberösterreich gibt es weder die einen noch die anderen Einschränkungen. Die verschiedenen Vereinsmodelle wurden und werden evaluiert. Im Frühjahr 2005 sollen erste Ergebnisse vorliegen.

Auf den 1. Januar 2002 trat die 59. Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in Kraft. Sie sieht vor, dass die Verbände der Versicherer und der Psychotherapeut/innen als Vorbereitung eines Gesamtvertrages zusammen ein Psychotherapiekonzept zu erstellen haben, das eine umfassende volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse von Psychotherapien enthalten soll. Die Publikation des Konzepts ist im Frühjahr 2005 geplant.

### **Kosten-Nutzen-Folgestudien**

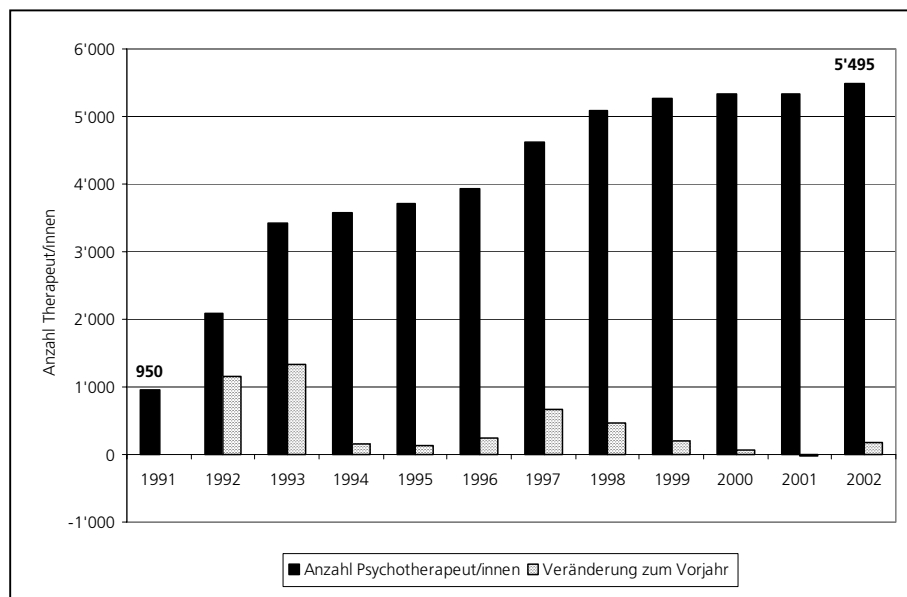
Gemäss Aussagen von verschiedenen Gesprächspartner/innen liegen bis heute keine Kosten-Nutzen-Folgestudien der Zulassung der Psychotherapeut/innen zur Grundversicherung 1992 vor. Das geplante Psychotherapiekonzept wird in Abschätzung der Wirkungen eines Gesamtvertrags u.U. derartige Schätzungen enthalten. Die einzige verfügbare Zahl geht auf die Botschaft zur Einführung der 50. Novelle zurück (1991). Damals schätzte man die Kosten für Psychotherapien für das Jahr 1996 auf 600 Millionen Schilling (rund 44 Millionen Euro). Für das Jahr 1998 betragen die von den Krankenversicherern getragen Kosten für die Psychotherapie rund 400 Millionen Schilling (29 Millionen Euro) (Schaffenberger et al. 2004, 38). Der nicht in Kraft getretene Gesamtvertrag hat sich somit auch deutlich im Bereich der Kosten ausgewirkt.

### **Entwicklung des Angebotes und der Kosten von Psychotherapien**

**Abbildung 11** zeigt die Entwicklung des Angebotes an Psychotherapeut/innen in Österreich seit der Einführung des Psychotherapiegesetzes 1991. Die Zahl hat bis 1998 rasch zugenommen und liegt seither ziemlich konstant bei rund 5'500 Psychotherapeut/innen. Davon sind ca. rund 20 Prozent nicht ambulant tätig (vgl. Schaffenberger et al. 1997, 50). Die Dichte der Psychotherapeut/innen liegt österreichweit bei 6.84 Therapeut/innen auf 10'000 Einwohner/innen. In der Schweiz beträgt der vergleichbare Wert rund 7.3 Therapeut/innen (5'100 Therapeut/innen auf 7 Millionen Einwohner/innen; Schweizer et al. 2002, 37). Die regionale Dichte schwankt in Österreich allerdings stark (zwischen 2.2 im Burgenland und 15.0 in Wien).

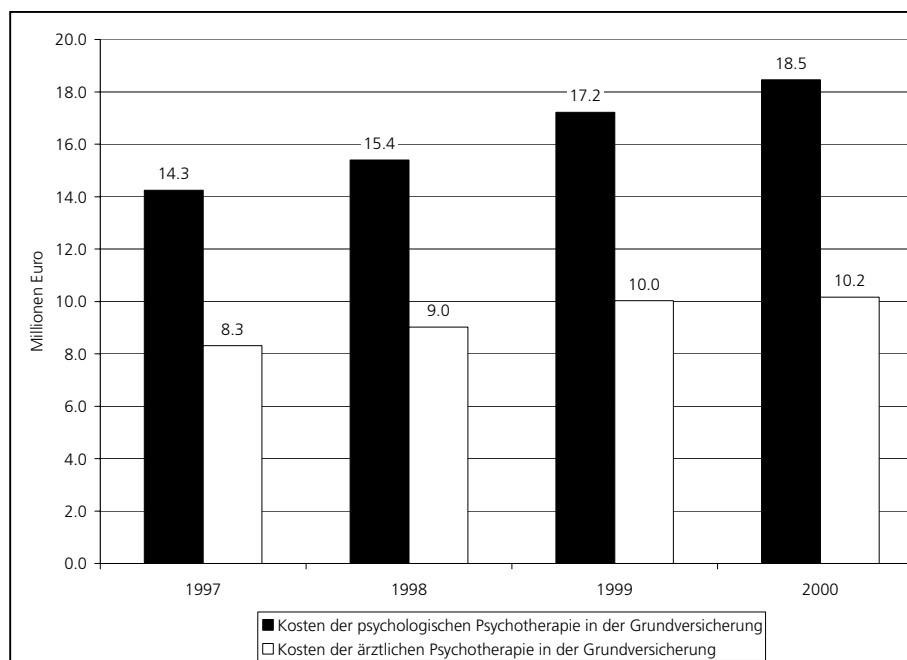
Schaffenberger et al. (2004, II) zeigen, dass im Jahr 2001 nur 14'600 Patient/innen psychotherapeutische Leistungen bekommen haben, die von den Krankenversicherern übernommen worden sind (ohne Zuschüsse). Die Autor/innen kommen deshalb zum Schluss, dass das von der Grundversicherung bereit gestellte Angebot bei weitem nicht bedarfsgerecht gewesen sei. Insgesamt hätten nur ca. 12 Prozent der Personen mit einem psychotherapeutischen Bedarf eine Leistung bekommen, die von der Krankenversicherung (mit-)finanziert worden sei.

Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl Psychotherapeut/innen in Österreich, 1991-2002



Quelle: BMGF (2003, 19)

Abbildung 12: Entwicklung der Kosten der Psychotherapie, nach Berufsgruppe, 1997-2000 (in Millionen Euro)



Quelle: BMGF (2003, 47)

**Abbildung 12** zeigt die durch Psychotherapien in der Grundversicherung ausgelösten Kosten. Insgesamt entstanden Kosten in der Höhe von rund 28 Millionen Euro (18 Millionen bei psychologischen Psychotherapeut/innen und 10 Millionen bei ärztlichen Psychotherapeut/innen). Die durch psychologische Psychotherapien verursachten Kosten nahmen etwas stärker zu. Schaffenberger et al. (2004, 42) schätzen die

durch die Patient/innen selbst getragenen Kosten für Psychotherapien für das Jahr 2001 auf rund 47.5 Millionen Euro.

### 5.3.2.2 Bezug zur schweizerischen Diskussion

Die Entwicklungen in Österreich sind für die schweizerische Diskussion in mehrfacher Hinsicht von sehr grosser Relevanz, wenn auch wichtige Resultate erst noch erwartet werden:

- Die Evaluationen der Vereinsmodelle werden die Kostenentwicklung detailliert nachzeichnen. Auch sollen sie Schätzungen über die Entwicklung der Kosten im somatischen Bereich enthalten (Thema Substitutionseffekt). Interessant ist ebenfalls, dass sehr unterschiedliche Modelle implementiert wurden. Dies erlaubt einen Quervergleich.
- Das von den Verbänden entwickelte Psychotherapiekonzept wird ausführliche Angaben zu Kosten und Nutzen von Psychotherapien enthalten. Zweifelsohne wird es auch eine Abschätzung der durch einen Gesamtvertrag zu erwartenden Kosten – nach verschiedenen Zulassungsszenarien – enthalten.
- Die bisherige Zunahme der Anzahl Psychotherapeut/innen seit der Zulassung zur Abrechnung über die Grundversicherung wird von Expert/innen als zu gering eingeschätzt, um den Bedarf an Psychotherapien zu decken. Dies hat selbstverständlich mit dem fehlenden Gesamtvertrag zu tun. Diese Entwicklung kann daher nicht auf die zur Zeit in der Schweiz diskutierten Änderungen übertragen werden.

### 5.3.3 Fazit

Weder in Deutschland noch in Österreich liegen zur Zeit Ex-ante- oder Ex-Post-Evaluationsstudien der Einführung der PsychotherapeutInnengesetze bzw. der Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung vor. Dennoch ist der Vergleich mit den beiden Ländern für die aktuelle Diskussion in der Schweiz von grosser Bedeutung:

- In Deutschland zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahme von psychologischen Psychotherapeut/innen nach der Einführung, dass die Zunahme deutlich über den Annahmen der bestehenden wissenschaftlichen Studien liegen (Verdoppelung in fünf Jahren).
- In Österreich steht die Diskussion zur Zeit an einem sehr vergleichbaren Ort wie in der Schweiz. Die vor dem Abschluss stehenden Evaluationsstudien sowie die konzeptionellen Arbeiten werden interessante Hinweise liefern.

## 5.4 Konzept einer Kosten-/Nutzenfolgestudie für die Schweiz

Im vierten und letzten Abschnitt von Kapitel 5 schlagen wir ein Konzept für eine Ex-ante-Evaluation der Zulassung selbständiger psychologischer Psychotherapeut/innen zu Grundversicherung vor. Im ersten Unterabschnitt fassen wir wichtige Rahmenbedingungen, die die Evaluation zu erfüllen hat, zusammen. Der zweite Unterabschnitt dient dann der Darstellung der verschiedenen vorgeschlagenen Erhebungen.

### 5.4.1 Rahmenbedingungen

Aufgrund der bisherigen Ausführungen sind für die Entwicklung eines Konzeptes einer Kosten-/Nutzenfolgestudie verschiedene Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

#### Typ der Studie

- Es soll ein Konzept für eine ex-ante-Evaluation entwickelt werden. Dies bedeutet insbesondere, dass es keinen Messzeitpunkt nach der Einführung des Gesetzesänderung geben muss. Die Wirkungen der Geset-

Veränderung müssen vor ihrer Einführung abgeschätzt werden. Die Studie soll allerdings so konzipiert werden, dass sie auch als Ausgangserhebung (t0) für eine Begleitevaluation verwendbar wäre. Mit weiteren Erhebungen nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung könnten die Veränderungen festgestellt werden.

Weiter bedeutet dies, dass vom vorhandenen Material an wissenschaftlichen Studien über Psychotherapien ausgegangen wird. Es werden mit Blick auf die Ex-ante-Evaluation keine besonderen und zusätzlichen Untersuchungen zur Wirksamkeit bzw. Kosten-Effektivität von Psychotherapien durchgeführt.

■ Der Nutzen der Psychotherapien soll explizit berücksichtigt werden, weil eine reine Kostenanalyse zu Fehlschlüssen führen kann.

### Szenarien abbilden

Für die Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen wurden vier Szenarien entwickelt. Da es in der geplanten Kosten-/Nutzenfolgestudie darum geht, die Auswirkungen dieser Szenarien abzuschätzen, müssen die zentralen Elemente der Szenarien im Konzept abgebildet werden können. Dazu gehören insbesondere:

■ Auswirkungen verschiedener Höhen von **Therapiedauern**, die ohne Zweitmeinungsverfahren angewendet werden können

Um die Auswirkungen in der Grössenordnung abschätzen zu können, müssen als Grundlage die aktuell angewandten Therapien möglichst differenziert erfasst werden. Dazu benötigt es insbesondere Informationen über die Diagnosen und allfällig vorliegende Komorbiditäten, die Therapiemethoden, die Dauer der Therapien (abgeschlossene Therapien) sowie Angaben zu den therapierten Personen (mindestens Geschlecht und Alter; weitere sozioökonomische Angaben wie Haushalts- und Erwerbssituation wären hilfreich). Diese Grundlagen erlauben eine Berechnung des Anteils der Therapien, die über den vorgesehenen Obergrenzen liegen werden. Qualitativ und allenfalls auch quantitativ muss anschliessend abgeschätzt werden, wie viele Therapeut/innen ihre Therapiedauern selbst (mindestens) auf die Therapieobergrenze senken werden und wie viele ein Zweitmeinungsverfahren zur Therapieverlängerung anstreben werden.

■ Abschätzung der Ergebnisse der **Zweitmeinungsverfahren**

Um die zukünftigen Kosten abschätzen zu können, müssen die Therapiedauern bekannt sein. Bei Therapien mit Zweitmeinungsverfahren muss daher abgeschätzt werden, wie oft die Zweitmeinung zu einer Therapieverlängerung führt. Dies sollte nach psychischen Krankheiten differenziert vorgenommen werden.

■ Auswirkungen der Regelung des **Zugangs** zu selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen  
In den Szenarien 1 und 2 wird der freie Zugang, in den Szenarien 3 und 4 ein Überweisungsverfahren vorgeschlagen. Um die Auswirkungen der Zugangsregelungen abschätzen zu können, müssen über folgende Bereiche empirisch gestützte Annahmen getroffen werden:

- Veränderung der Nachfrage nach Psychotherapien: Hier gilt es aufgrund der aktuellen Praxis in der Schweiz, aufgrund neuester Prävalenzdaten, aufgrund von Annahmen über ein über die Jahre sich veränderndes Nachfrageverhalten (weniger Hemmnisse, grössere Selbstverständlichkeit von psychischen Krankheiten etc.) sowie aufgrund von Annahmen über ein sich veränderndes Überweisungsverhalten der somatischen Ärzt/innen (bspw. aufgrund veränderter Weiterbildungsbestimmungen bzw. höherer Sensibilität) die sich möglicherweise ergebende Nachfrage nach Psychotherapien abzuschätzen.
- Veränderung des Angebotes von Psychotherapien: Hier ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sich das Angebot an die steigende Nachfrage anpassen wird. Interessant ist daher vor allem die Frage, wie sich das Angebotsverhalten ändert, wenn sich auch die Tarife (für Psychotherapeut/innen und/oder ärztliche Psychotherapeut/innen) verändern.
- Veränderung des Angebotes der somatischen Ärzt/innen: Um den Substitutionseffekt abschätzen zu können, müssen Annahmen über ein mögliches Ausweichverhalten von somatischen Ärzt/innen, die auf-

grund der Zunahme der Psychotherapien mit einer geringeren Nachfrage konfrontiert sind, getroffen werden.

### ■ Auswirkungen weiterer Änderungen des KVG

In Szenario 4 (Kostenneutralität) werden weitergehende Änderungen des KVG vorgeschlagen, um die Kostenneutralität in der Grundversicherung einhalten zu können. Dazu müssen insbesondere die Auswirkungen der Einführung der Vertragsfreiheit abgeschätzt werden.

### ■ Auswirkungen von enger gefassten Therapie-Störungs-Kombinationen

In Szenario 4 sollen zur Erreichung der Kostenneutralität in der Grundversicherung nur evidenzbasierte Therapie-Störungs-Kombinationen zugelassen werden. Um die Effekte einer solchen Einschränkung abschätzen zu können, muss eine Annahme darüber getroffen werden, welche Therapie-Störungs-Kombinationen als evidenzbasiert zu gelten haben. In Verbindung mit der aktuellen Versorgungssituation kann dann abgeschätzt werden, welcher Anteil der heute praktizierten Therapien nicht mehr finanziert wird.

Bereits diese wenigen Ausführungen zu den Szenarien zeigen, dass bei einer ex-ante Evaluation vielerlei (empirisch möglichst gut abgestützte) Annahmen getroffen werden müssen. Diese selbst sollten sich im Sinne einer Sensitivitätsanalyse möglichst in Bandbreiten bewegen (untere Bandbreite, erwarteter Wert, obere Bandbreite).

## 5.4.2 Konzept

Die Skizzierung der Umrisse des Kosten-Nutzenfolge-Konzeptes gliedern wir in zwei Abschnitte. Zuerst geben wir eine Übersicht über das vorgeschlagene Vorgehen. Anschliessend werden die einzelnen Erhebungen näher beschrieben.

### 5.4.2.1 Übersicht

Die Ex-ante-Evaluation basiert darauf, die Kosten und Nutzen der angewandten Psychotherapien vor der Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen zu Grundversicherung zu messen und aufgrund dieser Erhebungen sowie der Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur für den Zeitpunkt nach der Zulassung abzuschätzen. Wir betrachten die Kosten- und Nutzenseite getrennt.

#### Die Kostenseite

**Tabelle 6** zeigt einen Überblick über die Ziele der Erhebungen, das methodische Vorgehen und die verwendeten Datenquellen. Im wesentlichen schlagen wir vier Erhebungen vor.

■ **TherapeutInnen-Daten (Erhebung 1):** Ähnlich wie bei Beeler et al. (2003) sind die praktizierenden Therapeut/innen zu befragen. Insbesondere ist darauf zu achten, die Aus- und Weiterbildungen umfassend zu erfassen, um abschätzen zu können, wie sich diesbezüglich unterschiedliche Zulassungsbedingungen auswirken könnten. Weiter muss vor allem auch der Bereich der psychotherapeutisch tätigen Grundversorger/innen gut erfasst werden. TARMED wird mittelfristig erhöhte Anforderungen an die Weiterbildung der Ärzt/innen stellen. Es ist zu klären, wie viele Ärzt/innen planen, die gestellten Anforderungen zu erfüllen. Weiter dient die Befragung von Therapeut/innen der Erhebung von Angaben zur Anzahl der behandelten Patient/innen und der Finanzierung der Therapien. Ganz zentral ist auch die Befragung der Therapeut/innen zu ihrer Reaktion auf die Zulassung von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen (Veränderung der Nachfrage, des Angebotes, Reaktion auf unterschiedliche Tarife etc.).

■ **PatientInnen-Daten (Erhebung 2):** Wie bei Schweizer et al. (2002) ist eine Datenbank über psychotherapeutisch behandelte Patient/innen zu erstellen. Dies bietet die Grundlage für die Beantwortung einer



## 5 Konzept zur Untersuchung der Kosten- und Nutzenwirkungen einer möglichen Zulassung

Vielzahl von Fragen nach der Häufigkeit von Diagnosen und Komorbiditäten, den angewandten Therapien, der Therapiedauer (und damit den Auswirkungen verschiedener Therapiedauerobergrenzen), der Finanzierung der Therapie etc. Vor allem lassen sich die Patient/innen auch soziodemographisch beschreiben. Bei der Erhebung ist darauf zu achten, dass eine Datenbank mit im Vorjahr abgeschlossenen Fällen, aber auch mit zum Erhebungszeitpunkt laufenden Fällen erstellt wird. Im Vordergrund stehen die abgeschlossenen Fälle, weil für sie alle relevanten Informationen vorhanden sind. Da aber gewissen Therapien sehr lange dauern können, könnte es sein, dass gewisse Therapeut/innen im Vorjahr keine Fälle abschlossen. Daher müssen in solchen Situationen auch laufende Fälle erhoben werden.

Aus der wissenschaftlichen Literatur weiss man, dass die Aussagen von Therapeut/innen zum Therapiegeschehen trotz dem Bemühen um eine möglichst grosse Objektivität nur eine Sicht des Faktischen darstellt. Es zeigte sich, dass die Patient/innen oft eine abweichende Einschätzung zur eingesetzten Therapiemethode bzw. zum Therapieerfolg haben. Sollte dieser Aspekt besonders wichtig sind, so ist zu prüfen, ob nicht parallel zur PatientInnen-Datenbank auch eine repräsentative **PatientInnenbefragung (Erhebung 3)** durchzuführen wäre, um den TherapeutInnen-Bias zu relativieren.

Tabelle 6: Konzept für die Kostenseite

Zeitpunkt	Ziele	Methoden	Datenquellen
Heutige Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beschreibung der Therapeut/innen, vor allem im Weiterbildungsbereich bzw. bei den Grundversorger/innen</li> <li>■ Beschreibung der praktizierten Therapien (für welche Diagnosen, Dauer etc.)</li> <li>■ Kosten der heutigen Versorgung messen; Verteilung auf Kostenträger; Verteilung auf Therapien; Verteilung auf Krankheiten;</li> <li>■ Feststellen des Ausmasses der Fehlversorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Befragung von Personen, die Psychotherapien durchführen (TherapeutInnen-Datenbank)</li> <li>■ Erstellung einer Falldokumentation von a) laufenden Fällen, b) im Vorjahr abgeschlossenen Fällen (Fall-/Patient/innen-Datenbank)</li> <li>■ Ev. Befragung von Patient/innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erhebung 1 (TherapeutInnendatenbank)</li> <li>■ Erhebung 2 (PatientInnendatenbank)</li> <li>■ Ev. Erhebung 3 (Patient/innen)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung des Anteils der Nachfrage nach Psychotherapien, der angebotsinduziert ist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abstützung auf die neuere gesundheitsökonomische Literatur zur Bestimmung des angebotsinduzierten Anteils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wissenschaftliche Literatur</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der durch Psychotherapien ausgelösten Entdeckungs-, Komplementär-, Lebensdauer- und Einkommenseffekt (können alle die Kosten erhöhen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der Kosteneffekte aufgrund der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wissenschaftliche Literatur</li> </ul>
Zukünftige Versorgung nach einer Gesetzesänderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schätzung der Veränderung der Nachfrage nach Psychotherapien und der dadurch ausgelösten Kosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bezug neuester Prävalenzdaten, um das Potenzial an zusätzlichen Therapien abschätzen zu können</li> <li>■ Bezug neuerer Studien, die Aufschluss über die Entwicklung der Nachfrage bei der Zulassung zur Grundversicherung angeben</li> <li>■ Expert/innengespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wissenschaftliche Literatur</li> <li>■ Im Rahmen der Erhebung 1 (Therapeut/innendatenbank)</li> <li>■ Erhebung 4 (Expert/innen)</li> <li>■ Ev. Erhebung 5 (Bevölkerungsbefragung)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der Veränderung des Angebotes von Therapien bei verschiedenen Tarifen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Befragungen von Therapeut/innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Im Rahmen von Erhebung 1</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der Entwicklung des Überweisungsverhaltens von Ärzt/innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Repräsentative Befragung von Grundversorger/innen</li> <li>■ Expert/innen-Gespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erhebung 6 (Grundversorger/innen)</li> <li>■ Im Rahmen von Erhebung 4 (Expert/innen)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der Veränderung des Angebotes und der Dauer von Therapien, wenn Therapiedauerobergrenzen eingeführt werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Befragung von Therapeut/innen in Erhebungen 1 und 2</li> <li>■ Expert/innen-Gespräche im Rahmen Erhebung 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Im Rahmen der Erhebungen 1 und 2</li> <li>■ Im Rahmen der Erhebung 4 (Expert/innen)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der Veränderung des Angebotes und der Dauer von Therapien eines Zweitmeinungsverfahrens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Befragung von Therapeut/innen in Erhebung 1</li> <li>■ Expert/innen-Gespräche im Rahmen Erhebung 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Im Rahmen der Erhebungen 1 und 2</li> <li>■ Im Rahmen der Erhebung 4 (Expert/innen)</li> </ul>

## 5 Konzept zur Untersuchung der Kosten- und Nutzenwirkungen einer möglichen Zulassung

Zeitpunkt	Ziele	Methoden	Datenquellen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der Veränderung des Angebotes von Therapien bei der Reduktion der Zulassung auf bestimmte Kombinationen von Therapien und Krankheiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Berechnung aufgrund der Daten aus den Erhebungen 1 und 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Im Rahmen der Erhebungen 1 und 2</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der Reaktion der somatischen Ärzt/innen auf die Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abstützung auf die neuere gesundheitsökonomische Literatur zur Bestimmung des angebotsinduzierten Anteils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wissenschaftliche Literatur</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der Wirkungen der Einführung der Vertragsfreiheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung aufgrund von Expert/innen-Gesprächen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ im Rahmen von Erhebung 4 (Expert/innen)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der durch Psychotherapien ausgelösten Entdeckungs-, Komplementär-, Lebensdauer- und Einkommenseffekt (können alle die Kosten erhöhen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der Kosteneffekte aufgrund der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wissenschaftliche Literatur</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

Die beiden Datenerhebungen zu den Therapeut/innen und zu den Patient/innen bilden den Kern der notwendigen Untersuchungen. Sie werden ergänzt durch zwei weitere Datenerhebungen:

■ **ExpertInnengespräche (Erhebung 4):** Die heutige Versorgung kann mit den genannten Erhebungen gut abgebildet werden. Sie bilden auch eine wichtige Grundlage für die Abschätzung der Auswirkungen der verschiedenen Zulassungsszenarien. Allerdings müssen verschiedene Aspekte, die nach der Zulassung wichtig sein werden, abgeschätzt werden. Dazu dienen zum einen die Ergebnisse der wissenschaftliche Literatur und die beiden ersten Erhebungen, zum andern ist es aber auch sinnvoll, Expert/innen zu befragen. Dies dürfte namentlich in folgenden Bereichen wichtig sein: Abschätzung der Veränderung der Nachfrage (differenziert nach Diagnosen), Abschätzung des Überweisungs- und Therapieverhaltens der Grundversorger/innen (Szenario 3 und 4), Abschätzung der Veränderung des Angebotes (bei der Einführung von Therapieoberdauergrenzen bzw. dem Zweitmeinungsverfahren) und bei der Bewertung der Auswirkungen der Einführung der Vertragsfreiheit.

■ **Befragung von Grundversorger/innen (Erhebung 6):** Die Grundversorger/innen spielen in allen vier Szenarien eine zentrale Rolle. Es wird ein neue Gruppe von Leistungserbringer/innen zugelassen (selbständige psychologische Psychotherapeut/innen), und es stellt sich daher die Frage, wie die Grundversorger/innen als zentrale Akteur/innen ihr Überweisungsverhalten verändern werden. Davon wird die Nachfrage nach Psychotherapien stark beeinflusst werden.

Die Ergebnisse der **wissenschaftlich Literatur** spielen bei der Abschätzung verschiedener Auswirkungen eine wichtige Rolle:

■ Um die zukünftige Nachfrage nach Psychotherapien abzuschätzen, muss auf die vorhandene Literatur zurückgegriffen werden. Wichtig sind dabei die neusten Prävalenzdaten, aber auch die Abschätzung der Anzahl Personen, die Therapien in Angriff nehmen würden, wenn die Grundversicherung die Kosten übernimmt. Dabei ist es nicht ganz unproblematisch, dass die vorhandene Literatur doch schon recht alt ist (bspw. Meyer et al. 1991).

Denkbar wäre grundsätzlich auch eine spezifische Erhebung, um die Frage nach der Nachfrageveränderung zu klären (**potenzielle Erhebung 5**). Man könnte sich vorstellen, dass man eine Gruppe von Personen, die zum Befragungszeitpunkt «psychische Schwierigkeiten» haben, danach fragt, ob sie sich vorstellen könnten, eine Therapie zu beginnen, wenn die Grundversicherung die Kosten übernimmt. Entscheidend dürfte bei einer solchen Erhebung sein, dass man «psychische Schwierigkeiten» zuverlässig und im Sinne der vier Zulassungsszenarien messen kann. Bei einer telefonischen Bevölkerungsbefragung dürfte dies kaum möglich sein. Weiter dürfte der Entscheid, eine Therapie zu beginnen, stark von der verfügbaren Information über Therapien und den Empfehlungen von Vertrauenspersonen (bspw. den Hausärzt/innen) abhängen. Zu denken wäre daher wohl am ehesten an ein prospektives Studiendesign: Es

wäre eine Stichprobe von Grundversorger/innen auszuwählen, die heute Patient/innen an Psychiater/innen, selbständige Psycholog/innen und delegiert arbeitenden Personen überweisen. Die Grundversorger/innen würden den Patient/innen, die bspw. in den kommenden 6 Monaten von ihnen eine Empfehlung für eine Psychotherapie bekommen, einen schriftlichen Fragebogen aushändigen. Dieser würde die Patient/innen danach befragen, von welchen Faktoren ihr Entscheid abhängt und wie dieser vom Umstand beeinflusst würde, dass die Kosten von selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen von der Grundversicherung übernommen würden.

■ Um das Ausmass der Angebotsinduzierung der Leistungserbringer/innen abzuschätzen, kann auf die neuste Literatur in der Schweiz (Bisig et al. 2004a,b ) bzw. auf eine Arbeit, die im Auftrag des Obsan entsteht (Guggisberg/Spycher 2005), zurückgegriffen werden. Dabei muss auf folgende Aspekte hingewiesen werden: (1) Die Bestimmung des Ausmasses der Angebotsinduzierung ist generell schwierig und führte in der Literatur zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. (2) Die Bestimmung der Angebotsinduzierung bei Psychotherapien ist besonders schwierig, weil die Daten hierzu mangelhaft sind (nur ein Teil der Psychotherapien wird über die Grundversicherung abgerechnet). Hier könnten die Erhebungen 1 und 2 einen Beitrag leisten. Allerdings würde dies bedingen, dass in einer speziellen Untersuchung die Angebotsinduzierung bei Psychotherapien nachgewiesen würde. Da wir insgesamt von einer Unterversorgungssituation ausgehen, steht dieser Aspekt aber nicht im Vordergrund. (3) Ganz zentral ist aber die Abschätzung der Reaktion der somatischen Ärzt/innen nach der Zulassung der selbständigen psychologischen Psychotherapeut/innen. Per Definition können wir bei einer Ex-ante-Evaluation die tatsächliche Reaktion nicht beobachten. Wir müssen sie aus der vorhandenen Literatur zur Angebotsinduzierung und durch Expert/innen-Gespräche abdecken.

Im Sinne einer **Schwerpunktsetzung** und mit Blick auf die vorhandenen finanziellen Ressourcen schlagen wir vor, gewisse Aspekte nicht mit einer eigenen empirischen Primärerhebung zu untersuchen, sondern über den Beizug der Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur abzudecken. Dazu gehört namentlich die Bestimmung des durch Psychotherapien ausgelösten Entdeckungs-, Komplementär-, Lebensdauer- und Einkommenseffektes. Sie alle können, wie bereits erwähnt, die Kosten erhöhen. Ein diesbezügliches Studiendesign wäre doch recht aufwändig. Es müsste eine Längsschnittuntersuchung mit Kontrollgruppen gemacht werden, um die Effekte isolieren zu können.

### Die Nutzenseite

Die Ausführungen in Abschnitt 5.1.3 haben gezeigt, dass die Berücksichtigung der Nutzenseite unabdingbar ist. Um die Nutzenseite korrekt bewerten zu können, wären die Ergebnisse von Effectiveness-Studien für die Schweiz notwendig. Derartige Studien würden die effektiv angewandten Psychotherapien untersuchen und den Nutzen derselben feststellen. Verfügbar sind heute aber nur ausländische wissenschaftliche Arbeiten, die meist unter klinisch-kontrollierten Bedingungen stattfanden. Ihre Ergebnisse müssen nun auf die in den TherapeutInnen- und PatientInnenenerhebungen festgestellten schweizerischen Verhältnisse übertragen werden.

Auch auf der Nutzenseite muss aus forschungsökonomischen Gründen in gewissen Bereichen auf eigene empirische Primärerhebungen verzichtet werden. Diese Bereiche sollen durch den Beizug der Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur abgedeckt werden. Dazu gehört bspw. auch die Quantifizierung der durch Psychotherapien ausgelösten Gesundheits-, Behandlungsproduktivitäts- und Compliance-Effekte, die sich alle kostensenkend auswirken könnten.

Auf der Nutzenseite sind die zur Verfügung stehenden Grundlagen insgesamt weniger substantiell als auf der Kostenseite.

Tabelle 7: Konzept für die Nutzenseite

Zeitpunkt	Ziele	Methoden	Datenquellen
Heutige Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bewertung des Nutzen (*), der durch die praktizierten Psychotherapien anfällt.</li> <li>■ Höhe des Nutzens bei verschiedenen Therapien, bei verschiedenen Krankheiten, bei verschiedene Akteur/innen</li> </ul> <p>(*) Betrachtet wird nur der Substitutionseffekt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der durch Psychotherapien ausgelösten Gesundheits-, Behandlungsproduktivitäts- und Compliance-Effekte (können alle die Kosten reduzieren)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Konsultation der neusten Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur; Übertragung auf die schweizerischen Verhältnisse</li> <li>■ Zuordnung des Nutzens zum Datensatz von Fällen, der bei den Kosten erhoben worden ist</li> <li>■ Abschätzung der Kosteneffekte aufgrund der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wissenschaftliche Literatur</li> <li>■ Ergebnisse der Erhebungen 1 und 2</li> <li>■ Wissenschaftliche Literatur</li> </ul>
Zukünftige Versorgung nach einer Gesetzesänderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bewertung des Nutzen (*), der durch die praktizierten Psychotherapien anfällt.</li> <li>■ Höhe des Nutzens bei verschiedenen Therapien, bei verschiedenen Krankheiten, bei verschiedene Akteur/innen</li> </ul> <p>(*) Betrachtet wird nur der Substitutionseffekt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschätzung der durch Psychotherapien ausgelösten Gesundheits-, Behandlungsproduktivitäts und Compliance-Effekte (können alle die Kosten reduzieren)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analoges Vorgehen wie beim heutigen Zeitpunkt</li> <li>■ Zusätzlich werden die Ergebnisse der Nachfrage- und Angebotsprognose nach Psychotherapien verwendet</li> <li>■ Abschätzung der Kosteneffekte aufgrund der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wissenschaftliche Literatur</li> <li>■ Ergebnisse der Erhebungen 1, 2, 3 und 4</li> <li>■ Wissenschaftliche Literatur</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

### 5.4.2.2 Die geplanten Erhebungen im Einzelnen

#### Erhebung bei den Therapeut/innen (Erhebung 1)

##### Ziel

- Erfassung der heute erbrachten Leistungen und der damit verbundenen Kosten in der psychotherapeutischen Versorgung der Schweiz unter Berücksichtigung aller Leistungserbringer/innen
- Aufzeigen der Finanzierung der heute entstehenden Kosten
- Detaillierte Erhebung der Qualifikationen der Therapeut/innen, um die Veränderungen durch das Psychologieberufegesetz bzw. die Zulassung zur Grundversicherung abschätzen zu können
- Befragung der Therapeut/innen zu möglichen Verhaltensänderungen aufgrund der Zulassung selbständiger psychologischer Therapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung

##### Methode

Beeler et al. (2003) haben in ihrer Untersuchung Telefoninterviews durchgeführt. Wir erachten dies im Umfeld von Psychotherapien als problematisch, weil die Therapeut/innen oft nicht erreichbar sind bzw. nur kurz Zeit haben. So müssten Telefontermine vereinbart werden, welche das Vorgehen stark komplizieren. Wir schlagen daher eine schriftliche Befragung vor (mit Papierfragebogen und/oder Online).

##### Stichprobe

Psychotherapeutische Leistungen werden heute von verschiedenen Gruppen von Leistungserbringer/innen erbracht: Psychiater/innen, delegiert arbeitende Therapeut/innen, Ärzt/innen, Psycholog/innen, Personen mit einem Hochschulabschluss und psychotherapeutischen Weiterbildungen sowie weiteren Personen. In den beiden Fachverbänden SPV und FSP waren 2002 rund 2'500 Therapeut/innen registriert, bei den Psychiater/innen waren es rund 1'500 Mitglieder (Meyer/Hell 2004). Dazu kommen rund 1'500 Ärzt/innen, die psychotherapeutische Leistungen erbringen (Schweizer et al. 2002). Insgesamt kann man von einer Zahl von rund 5'000 psychotherapeutischen Leistungserbringer/innen ausgehen.

Die Stichprobe soll sehr verschiedene Arbeitssituationen repräsentativ abbilden. Insbesondere sind alle relevanten Verbände der psychologischen Psychotherapeut/innen zu berücksichtigen. Die Stichprobe sollte daher mindestens 1'000 auswertbare Fragebogen enthalten. Bei einem angenommenen Rücklauf von 25 Prozent müsste die Bruttostichprobe daher rund 4'000 Personen betragen. Da 4'000 Personen fast der Grundgesamtheit entsprechen, schlagen wir eine Vollerhebung vor.

Im Bereich der Leistungen, die über die Grundversicherung abgerechnet werden, eröffnet sich mit dem TARMED neu die Möglichkeit, nur diejenigen Leistungserbringer/innen zu befragen, die im Jahr 2004 tatsächlich psychotherapeutische Leistungen erbracht haben. Dies wird vor allem im Bereich der Grundversorger/innen zu einer deutlich verbesserten Datenqualität im Vergleich zu Beeler et al. (2003) führen. Im Bereich ausserhalb der Grundversicherung kann über verschiedene Wege vorgegangen werden:

- In vielen Kantonen gibt es Listen von Psychotherapeut/innen, die zur Abrechnung über die Zusatzversicherungen zugelassen sind. Grundsätzlich könnten diese Adressen über die Zusatzversicherer zusammengetragen werden.
- Wie Beeler et al. (2003) kann der Zugang aber auch über die Berufsverbände erfolgen, die über aktuelle Adressen ihrer Mitglieder verfügen.

### *Inhalte der Erhebung*

- Soziodemographische Angaben (Alter, Geschlecht, Aus- und Weiterbildung, Therapiekompetenzen)
- Angaben zur Berufssituation (selbsttherapierend, delegierend, delegiert; Haupttätigkeit, Nebentätigkeit; Berufsverweildauer; Verbandszugehörigkeit)
- Angaben zu den Patient/innen (Anzahl, Verteilung nach Geschlecht und Alter, Konsultationsfrequenz)
- Angaben zur Psychotherapie (Diagnosen, Therapiemethoden, Dauer der Therapien)
- Finanzierung (Bandbreite der Honorarhöhe, Kostenträger)
- Reaktion auf Änderungen, die mit der Zulassung von psychologischen Therapeut/innen zur Abrechnung über die Grundversicherung verbunden sind (Überweisungsverhalten der Ärzt/innen, Nachfrageverhalten der Patient/innen, Reaktion auf verschiedene Tarifmodelle, Einschätzung des Ausweichverhaltens der somatischen Ärzt/innen, Reaktion auf Therapiedauerobergrenzen, Reaktion auf Zweitmeinungsverfahren, Reaktion auf die Einführung der Vertragsfreiheit)
- Einschätzung der Übertragbarkeit wissenschaftlicher Studien zu Psychotherapien auf die Praxis

### **Erhebung zu den Patient/innen (Erhebung 2)**

#### *Ziel*

Durch die Erhebung zu Patient/innen soll eine Datenbank aufgebaut werden, die detaillierte Auskünfte auf Individualniveau zu den gestellten Diagnosen, den gewählten Therapien, der Therapiedauer und dem Therapieerfolg liefert. Die Erhebung bei den Therapeut/innen liefert diesbezüglich nur summarische Angaben. Die Patient/innen-Datenbank soll auch Anhaltspunkte für die Beurteilung des Ausmasses der Fehlversorgung bieten.

#### *Methode*

Für jeden Patienten bzw. für jede Patientin wird ein kurzer Protokollbogen ausgefüllt. Im Vordergrund stehen abgeschlossene Fälle. Für diese Patient/innen liegen alle notwendigen Informationen vor. Zudem gehen wir nicht davon aus, dass sich die abgeschlossenen Fälle wesentlich von den heute laufenden Fällen unterscheiden. Fragen zur aktuellen Zahl von Patient/innen erhalten wir darüber hinaus aus der Therapeut/innenbefragung. Allerdings könnte sich die Situation ergeben, insbesondere bei Langzeittherapien, dass der Abschluss des letzten Falles sehr lange zurück liegt. Hier ist zu überlegen, ob nicht laufende Fälle

erfasst werden sollen. Ev. ist der Abschluss des Falles auf die Zeit nach dem 1. Januar des Jahres vor der Erhebung zu beschränken, weil die Einführung des TARMED doch substantielle Veränderungen brachte (bspw. bei der Finanzierung).

### *Stichprobe*

Die Patient/innen-Erhebung wird mit der Befragung der Therapeut/innen gekoppelt. Die Therapeut/innen werden gebeten, für die 5 letzten Patient/innen, die die Therapie abgeschlossen haben, den Protokollbogen auszufüllen. Bei einer erwarteten Nettostichprobe von 1'000 Therapeut/innen könnten Angaben zu rund 5'000 Patient/innen vorliegen. Die effektive Zahl dürfte aus verschiedenen Gründen tiefer liegen (weniger als 5 Patient/innen haben nach dem 1. Januar des Jahres vor der Erhebung) ihre Therapie abgeschlossen; nicht alle Therapeut/innen sind bereit, auch die PatientInnenprotokolle auszufüllen etc.).

### *Inhalte der Erhebung*

- Soziodemographische Angaben zur Patientin bzw. zum Patienten (Alter, Geschlecht, höchste abgeschlossene Ausbildung, Haushaltssituation)
- Angaben zur Therapie (Diagnose, Sitzungsfrequenz, Total der Sitzungen, Therapiemethode(n), Therapiedauer, Therapieerfolg)
- Angaben zur Finanzierung (Honorarhöhe, Kostenträger)

## **ExpertInnen-Gespräche (Erhebung 4)**

### *Ziel*

Die quantitativen Erhebungen bei den Therapeut/innen und den Patient/innen können nicht alle notwendigen Grundlagen für eine Ex-ante-Evaluation liefern. Zudem ist es aufgrund von Zeit- und Budgetrestriktionen nicht möglich, die fehlenden Grundlagen durch wissenschaftliche Studien zu füllen. Es bietet sich daher an, die Lücken mit Einschätzungen von Expert/innen zu füllen bzw. vorhandene wissenschaftliche Ergebnisse aus dem Ausland hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf die Schweiz durch Expert/innen beurteilen zu lassen.

### *Methode / Stichprobe*

Mit den Expert/innen werden mündliche Interviews durchgeführt, vorzugsweise face-to-face, möglich ist aber auch per Telefon. Die Auswahl muss nach Themenbereichen erfolgen. Wir gehen von einer Stichprobe von mindestens 15 Expert/innen aus.

### *Inhalte der Erhebung*

Die Expert/innen werden zu sehr unterschiedlichen Aspekten befragt, die sich auf den Zeitpunkt nach der Zulassung der psychologischen Therapeut/innen zu Grundversicherung beziehen:

- Entwicklung der Nachfrage nach Psychotherapien
- Entwicklung des Überweisungsverhaltens von Ärzt/innen
- Veränderung des Angebotes und der Dauer von Therapien, wenn Therapiedauerobergrenzen eingeführt werden
- Veränderung des Angebotes und der Dauer von Therapien eines Zweitmeinungsverfahrens
- Wirkungen der Einführung der Vertragsfreiheit

## **Befragung von Grundversorger/innen (Erhebung 6)**

### *Ziel*

In den Szenarien 3 und 4 wird das Überweisungsverfahren an selbständige psychologische Psychotherapeut/innen eingeführt (kein freier Zugang). Die Auswirkungen der Zulassung im Kosten- und Nutzenbereich hängen somit stark vom Überweisungsverhalten der Grundversorger/innen ab. Durch eine Befragung bei den Überweiser/innen soll abgeschätzt werden, wie sich die Nachfrage nach Psychotherapien kurz-, mittel- und längerfristig entwickelt.

### *Methode*

Die statistische Repräsentativität der Ergebnisse ist zentral. Qualitative Einschätzungen zum Überweisungsverhalten liegen bereits aus den ExpertInnengesprächen vor. Daher muss es hier darum gehen, die Ergebnisse zuverlässig zu quantifizieren. Es soll daher eine repräsentative Stichprobe von Grundversorger/innen befragt werden, die heute keine delegiert arbeitende Person angestellt haben. Die Befragung soll kurz sein, muss aber darauf Rücksicht nehmen, das sog. hypothetische Fragen im Zentrum stehen («Wie würden sie reagieren, wenn .. zugelassen würden?»). Mündliche Telefoninterviews würden unter diesem Aspekt im Vordergrund stehen (Face-to-face-Interviews sind in grosser Zahl zu aufwändig). Allerdings dürfte es aufgrund der Arbeitssituation der Grundversorger/innen schwierig sein, einen ruhigen Moment für ein Telefoninterview zu finden. Dies würde wiederum eher für eine schriftliche Befragung (auf Papier und/oder Online) sprechen.

### *Stichprobe*

Meyer/Hell (2004) gehen für das Jahr 2002 von knapp 3'000 Grundversorger/innen aus. Die Nettostichprobengrösse der auswertbaren Befragungen sollte mindestens 500 Personen umfassen. Wenn wir von einer Verweigerungsrate von 60 Prozent ausgehen, dann müssten ca. 1'250 Grundversorger/innen befragt werden (Bruttostichprobe). Es ist darauf zu achten, dass die Stichprobe für alle Landesgegenden repräsentativ ist, weil gezeigt werden konnte, dass das Ärzt/innen-Verhalten regional unterschiedlich ist.

### *Inhalte der Erhebung*

- Heutiges Überweisungsverhalten im Rahmen der Grundversicherung an Psychiater/innen und delegiert arbeitenden Personen
- Heutiges Überweisungsverhalten im Rahmen der Zusatzversicherungen bzw. der Selbstzahlung an selbständig tätige Therapeut/innen
- Zukünftiges Überweisungsverhalten im Rahmen der Grundversicherung, wenn selbständige psychologische Therapeut/innen auch zugelassen sind
- Soziodemographische Angaben zu den Grundversorger/innen (Alter, Geschlecht, Aus- und Weiterbildungen)

### **Kosten der Studien**

Viele Aspekte der einzelnen Erhebungen sind noch offen und müssten bei einer konkreten Ausschreibung spezifiziert werden. Die nachfolgende Tabelle gibt dennoch eine Grössenordnung der ca. entstehenden Kosten an.

Tabelle 8: Geschätzte Kosten der geplanten Erhebungen

<b>Kostenschätzung</b>	
Projektleitung	25'000
Erhebung 1: Therapeut/innen	75'000
Erhebung 2: Patient/innen	50'000
Erhebung 4: Expert/innen	40'000
Erhebung 6: Grundversorger/innen	45'000
<b>Total</b>	<b>235'000</b>

Quelle: Eigene Darstellung



### 6 Diskussion und Schlussfolgerungen

Im abschliessenden sechsten Kapitel verorten wir die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in einem etwas grösseren Rahmen.

Psychische Störungen haben in den vergangenen zwanzig Jahren in der Schweiz wie in den meisten Industrieländern stark zugenommen und gehören heute zu den grössten Kostenverursachern im Gesundheitswesen. Die neusten epidemiologischen Daten lassen vermuten, dass die Zunahme der psychischen Störungen auch in den kommenden Jahren weitergehen wird. Nach den Vorhersagen der WHO wird dieser Trend bis zum Jahr 2020 dazu führen, dass allein die unipolare Depression weltweit die zweitwichtigste Ursache von Krankheitsbelastungen darstellen wird (Murray/Lopez 1996, WHO 2001; vgl. dazu auch die Ausführungen in Kapitel 1). In den Industriestaaten ist die Bedeutung der psychischen Störungen dabei fast doppelt so gross wie im Gesamtdurchschnitt der Welt. In der Schweiz sind die grössten Kostensteigerungen in jüngster Zeit bei der stationären Versorgung und bei den IV-Renten zu beobachten.

Untersuchungen zeigen, dass in der Schweiz rund 150'000 Menschen jährlich mit ambulanten Psychotherapien versorgt werden (Beeler et al. 2003). Schätzungen gehen aber von bis zu 350'000 weiteren Personen aus, die psychisch krank sind, eine Psychotherapie benötigen würden und diese, würde sie ihnen zu geringen Kosten angeboten, auch durchführen würden (Beeler et al. 2003, Ess/Szucs 2002, Frei/Greiner 2001a,b, Schweizer 2002). Diese Personen werden heute vielfach durch somatische (u.a. medikamentöse) Therapien fehlversorgt. Dies verursacht Kosten, die bei einer korrekten Behandlung nicht anfallen würden. Namentlich werden drei Gründe für diese Entwicklung angeführt:

- Es wird auf Hemmungen der Patient/innen hingewiesen, ihre psychischen Probleme bei den Hausärzt/innen zu formulieren. Auch bestehe eine gewisse Hemmung, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil dies teilweise stigmatisierend wirken könne.
- Es wird auch die teilweise unzureichende Aus- und Weiterbildung von Hausarzt/innen im Bereich der psychischen Krankheiten kritisiert, die zu einer mangelhaften Erkennung der Krankheiten führt.
- Es spielen aber auch die Therapiekosten eine wichtige Rolle, die bei der heutigen Regelung nur bei Psychiater/innen bzw. delegiert arbeitenden Therapeut/innen über die Grundversicherung abgerechnet werden können. Die Kosten selbständig arbeitender psychologischer Psychotherapeut/innen müssen über die Zusatzversicherung oder aus dem eigenen Portemonnaie finanziert werden.

Die Versorgungslage für psychische Krankheiten ist in der Schweiz somit durch einen zu hohen Anteil an stationärer und einen zu geringen Anteil an ambulanter Versorgung, einen zu geringen Anteil der Psychotherapien an den eingesetzten Therapiemassnahmen (zu viele ausschliesslich medikamentöse Therapien) sowie substanziellen (somatischen) Fehlversorgungen charakterisiert. Die Zunahme der psychischen Krankheiten wird daher auch unter Beibehaltung der heutigen Regelungen zu einer Kostenzunahme führen. Diese Zunahme könnte durch eine qualitativ verbesserte und effizientere Versorgung aber weniger gering ausfallen. Ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Versorgungslage würde der verbreitetere Einsatz von Psychotherapien bringen. Dem stehen heute aber mindestens drei Hindernisse entgegen:

Das erste Hindernis besteht in der mangelnden rechtlichen Regelung des Psychotherapieberufes. Heute ist dieser Titel nicht geschützt. In der Folge wird vieles unter «Psychotherapie» angeboten, das nicht den Qualitätserfordernissen einer professionellen Versorgung entspricht. Das vom Bundesrat vorbereitete Psychologieberufegesetz würde hier Abhilfe schaffen.

Das zweite Hindernis besteht im Rückgang der praktizierenden Psychiater/innen und der Medizinstudierenden, die sich auf dieses Fachgebiet spezialisieren. Das Angebot der Psychiater/innen an Psychothera-

prien wird daher mittelfristig abnehmen. Ohne anderweitige Änderungen würde dies die bereits heute bestehende Unterversorgung mit Psychotherapien weiter verschärfen.

Die heute eingeschränkte Zulassung von psychologischen Psychotherapeut/innen zur Abrechnung ihrer Leistungen über die Grundversicherung stellt das dritte Hindernis zur Verbesserung der Versorgungslage durch einen vermehrten Einsatz von Psychotherapien dar. Während die Psychiater/innen (in bestimmten Regionen) mit einem Nachwuchsmangel zu kämpfen haben, nehmen die Psychologiestudierenden an allen Fakultäten der Schweiz stark zu.

Die in diesem Bericht vorgeschlagenen vier Zulassungsszenarien für selbständige psychologische Psychotherapeut/innen machen deutlich, dass die Bestimmung des «richtigen» Szenarios von der politischen Prioritätensetzung zwischen den drei KVG-Zielen der Solidarität, der hohen (Versorgungs-) Qualität sowie der massvollen Kostenentwicklung abhängt. Es konnte aufgezeigt werden, dass es unabhängig von der Wahl eines bestimmten Zulassungsszenarios verschiedene Aspekte zu berücksichtigen gilt:

- Im Bereich der Grundversorger/innen sollten durch Aus- und Weiterbildung die Voraussetzungen verbessert werden, damit psychische Krankheiten erkannt und von den Grundversorger/innen bzw. von den zuständigen Fachpersonen richtig behandelt werden können.
- Die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung sollte weniger von einer Therapieschule, sondern stärker von der Alltagsrealität der Patient/innen ausgehen. Im Zentrum steht die evidenz-basierte Behandlung (oft komorbider) Patient/innen und nicht die Anwendung einzelner Therapiemethoden auf möglichst viele Störungsbilder. Dies bedeutet insbesondere, dass Psychotherapeut/innen fähig sein sollten, je nach Indikation die am besten geeignete Therapiemethode anzuwenden.
- Es soll eine obere Therapiedauergrenze festgelegt werden, da gemäss den Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung bei den meisten Störungen nach 40 bis 60 Therapiesitzungen kein bedeutsamer Zuwachs an Therapieerfolg mehr beobachtet werden kann. Die obere Therapiedauergrenze soll dabei nach den wichtigsten Diagnoseklassen differenziert werden können. Für alle übrigen Diagnosen gilt eine generelle obere Therapiedauergrenze. Liegen Komorbiditäten vor, so sollen die Therapiedauergrenzen erhöht werden können. Die Therapiedauergrenzen sollen nicht fix gelten, sondern auf Antrag erhöht werden können. Dazu notwendig ist beim ersten Antrag auf Therapieverlängerung eine zustimmende Zweitmeinung eines/einer Psychotherapeut/in. Bei der zweiten Verlängerung muss auch der/die Vertrauenspsychotherapeut/in der Versicherung zustimmen.

## Schlussfolgerungen

Wir kommen unter Abwägung aller Argumente zu folgenden Schlussfolgerungen:

- In der Schweiz werden heute in bestimmten Regionen und bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen weniger ambulante Psychotherapien durchgeführt als notwendig wären. Es muss daher darüber entschieden werden, ob die Versorgungslage verbessert werden soll und welche Kosten dafür in Kauf genommen werden sollen.
- Die Einführung des Psychologieberufegesetzes ist eine notwendige, aber nicht eine hinreichende Bedingung für eine verbesserte Versorgung von psychisch kranken Menschen in der Schweiz.
- Die Entwicklung der Qualität, der Menge und der Kosten der Psychotherapien können durch die Art der Zulassung zur Grundversicherung und durch die Art der Vergütung der Leistungserbringer/innen in einem wesentlichen Ausmass bestimmt werden. Die in der vorliegenden Studie entwickelten Szenarien zeigen das breite Spektrum und die Konsequenzen der verschiedenen Zulassungsvarianten auf. Ohne Systemänderung der OKP (z.B. Einführung der Vertragsfreiheit) führen die Szenarien 1 bis 3 voraussichtlich zu Mehrkosten in der OKP. In Szenario 1 betragen diese Mehrkosten maximal 398 Millionen bis 571 Millio-

nen Franken. In der Realität dürften sie tiefer sein, weil durch den verstärkten Einsatz von Psychotherapien in der somatischen Versorgung Einsparungen erzielt werden können. Die Szenarien 2 und 3 führen zu geringeren Mehrkosten in der OKP als Szenario 1. Kostenneutralität in der OKP könnte erst durch eine Systemänderung erreicht werden (Szenario 4). Nicht berücksichtigt wurden bei diesen Überlegungen Kosteneinsparungen in anderen Bereichen (bspw. in der Arbeitslosen- und Invalidenversicherung).

■ Es wird empfohlen, eine empirische Kosten-/Nutzenfolgestudie für die Schweiz durchzuführen. Mit dieser Grundlage kann die politisch gewünschte Art der Zulassung ärztlicher und/oder psychologischer Psychotherapeuten und –therapeutinnen zur OKP bestimmt werden. Die Studie soll so geplant werden, dass sie auch als Ausgangspunkt, d.h. als Ersterhebung einer Begleitstudie verwendet werden könnte. Nach dem Inkrafttreten der neuen Zulassungsbedingungen könnten dann weitere Erhebungen durchgeführt werden, um die Wirkungen der neuen Zulassung zu untersuchen (bspw. nach 2, 5 und 10 Jahren). Diese Erhebungswellen würden es erlauben, die Langzeiteffekte zu untersuchen und Regelungsänderungen in der Grundversicherung empirisch abzustützen.



## **Anhang: Geltende Regelung für die Dauer der ärztlichen Psychotherapie**

Quelle: Verordnung des Eidg. Departements des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV)

### **2. Abschnitt: Ärztliche Psychotherapie**

#### **Art. 2 Grundsatz**

<sup>1</sup> Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden.

<sup>2</sup> Nicht übernommen werden die Kosten für Psychotherapie, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifung oder zu anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt wird.

#### **Art. 3 Leistungsvoraussetzungen**

<sup>1</sup> Unter Vorbehalt begründeter Ausnahmen werden höchstens die Kosten für eine Behandlung übernommen, die entspricht:

- a. in den ersten drei Jahren zwei einstündigen Sitzungen pro Woche;
- b. in den folgenden drei Jahren einer einstündigen Sitzung pro Woche;
- c. danach einer einstündigen Sitzung alle zwei Wochen.

<sup>2</sup> Soll die Psychotherapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert zweier Jahre entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten.

<sup>3</sup> Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Psychotherapie auf Kosten der Versicherung fortgesetzt werden soll. Bei Fortsetzung der Therapie hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

<sup>4</sup> Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Absätzen 2 und 3 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.



## Literatur

- Ajdacic-Gross V. und Graf M. (2003). Bestandsaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Available: [obsan.versand@gewa.ch](mailto:obsan.versand@gewa.ch).
- Andrade L., Caraveo-Anduaga J.J., Berglund P., Bijl R., Kessler R.C., Demler O. et al. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413-426.
- Angermeyer M. (ed.) (1987). *From Social Class to Social Stress. New Developments in Psychiatric Epidemiology*. Springer, Berlin.
- Angst J. (1993). Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *Int Clin Psychoneuropharm*, 8(Suppl.1), 21-25.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2004). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003 (Datenstand: 18. Oktober 2004), <http://www.sozialversicherungen.admin.ch/?lng=de>
- Baltensperger C. und Grawe K. (2001). Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30(1), 10-21.
- Bednar W., Lanske P. und Schaffenberger E. (2004). Regelungen der Berufsgruppen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie in den Mitgliedstaaten des EWR sowie der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. <http://www.oebig.at>
- Beeler I. und Szucs T.D. (2001). Abschlussbericht Psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz, Bundesamt für Sozialversicherung, 3. Mai 2001.
- Beeler I., Sebastian L. und Szucs T.D. (2003). Provision and remuneration of psychotherapeutic services in Switzerland, *Sozial- und Präventivmedizin*, 48(2), 88-96.
- Beelmann A. und Schneider N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(2), 129-143.
- Bisig B. und F. Gutzwiller (Hrsg.) (2004a). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Band 1: Gesamtübersicht. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.*
- Bisig B. und F. Gutzwiller (Hrsg.) (2004b). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Band 2: Detailresultate. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.*
- Blazer D.G., Kessler R.C., McGonagle K.A., and Swartz M.S. (1994). The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 979-986.
- BMGF Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2003). *Mental Health in Austria. Selected annotated statistics from the Austrian Mental Health Reports 2001 and 2003.* <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/berichte.htm?channel=CH0093>
- Brent R.J. (2003). *Cost-Benefit Analysis and Health Care Evaluations*. Edward Elgar, Massachusetts.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (2001). *Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz. Synthesebericht. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht.* EDMZ, Bern.
- Buchkremer G. und Klingberg S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung, *Der Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Buddeberg C. et al. (1993). *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin in der Schweiz.* Verlag Bähler Bern.
- Bundesrat (1991). *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991.*
- Casey R.J. and Berman J.S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.

- Chambless D.L. and Ollendick T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Domenighetti G. et Pipitone E. (2002). Induction de l'offre de prestations médicales par la demande, *PrimaryCare*, 241-245.
- Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G.L., and Torrance G.W. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. New York: Oxford University Press.
- Drummond M.F., Stoddart G.L., and Torrance G.W. (1987). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford Medical Publications, Oxford University Press.
- Enthoven A.C. (1978). Consumer-Choice Health Plan, *New England Journal of Medicine*, 298, 650-658 (part 1) und 709-720 (part 2).
- Enthoven A.C. (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. North Holland, Amsterdam.
- Ess S. und Szucs T.D. (2002). Kosten der Psychotherapie in der Schweiz und Szenarien zur Kostenentwicklung, in: G. Mattanza, M. Schweizer, S. Ess, A. Frei, H. Roth und P. Koch (2002). Stationen im Prozess der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit*, 3/02, 43-50.
- Federer M., Herrle J., Margraf J. und Schneider S. (2000a). Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 83-96.
- Federer M., Margraf J. und Schneider S. (2000b). Leiden schon Achtjährige an Panik? Prävalenzuntersuchung mit Schwerpunkt Panikstörung und Agoraphobie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 28, 205-214.
- Federer M., Schneider S., Margraf J. und Herrle J. (2000c). Wie erleben Achtjährige Panikanfälle? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 195-203.
- Fischer-Klepsch M., Münchau N. und Hand I. (2000). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Ed.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1. Berlin: Springer.
- Frasch K. und Neumann N.-U. (1999). Ökonomische Aspekte psychotherapeutischer Verfahren in Psychosomatik und Psychiatrie. *Ein systematischer Literaturüberblick*, *Nervenarzt*, 70, 387-390.
- Frei A. (2002). Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie, in: Mattanza Guido, Markus Schweizer, Silvia Ess, Andreas Frei, Heinz Roth und Pedro Koch (2002): Stationen im Prozess der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit*, 3/02, 51-70.
- Frei A. und Greiner R.-A. (2001a). Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie, *Schlussbericht im Auftrag der FSP*, Basel 2001.
- Frei A. und Greiner R.-A. (2001b). Sparpotenzial: eine Milliarde. Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie. *Psychoscope*, *Zeitschrift der Föderation der Schweizer PsychologInnen FSP*, Nr. 5/2001, 14-17.
- Gäbel W., Zäske H. und Baumann A. (2004). Stigma erschwert Behandlung und Integration. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, A 3253-3255 (Heft 48).
- Grawe K., Donati R. und Bernauer F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg P.E., Sisitsky T., Kessler R., Finkelstein S.N., Berndt E.R., Davidson J.R.T., Ballenger J.C., and Fyer A.J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 427-435.
- Guggisberg J. und Spycher S. (2005). Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Eine methodenkritische Literaturübersicht, *Forschungsprotokoll*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg.
- Hahlweg K., Fiegenbaum W., Frank M., Schroeder B., and von Witzleben I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 375-382.
- Hessel F., Wasem J. und Gress S. (2004). Methoden zur vergleichenden ökonomischen Evaluation von Massnahmen im Gesundheitswesen – Einführung, Vorteile und Risiken, in: Vogel Heiner und Jürgen



- Wasem (Hrsg.) (2004): Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. Schattauer, Stuttgart, New York, 61-75.
- Hoagwood K. and Olin S.S. (2002). The NIMH blueprint for change report: research priorities in child and adolescent mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(7), 760-767.
- Howard K.I., Kopta S.M., Krause M.S. und Orlinsky D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Howard K.I., Lueger R.J., Martinovich Z. und Lutz W. (1999). The Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Dose-Response and Phase Models, in: Nancy E. Miller und Kathryn M. Magruder (Eds.) (1999): *Cost-Effectiveness of Psychotherapy. A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers*. New York: Oxford University Press.
- Hunsley J. (2003): Cost-effectiveness and medical cost-offset. Considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44, 61-73.
- In-Albon T. und Schneider S. (submitted). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis.
- Jacobi F., Wittchen H.-U., Höltling C., Höfler M., Pfister H., Müller N. and Lieb R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German National Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611.
- Jané-Llopis E. and Anderson P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Kashner T.M. and Rush A.J. (1999). Measuring Medical Offsets of Psychotherapy, in: N.E. Miller and K.M. Magruder (Eds.) (1999): *Cost-Effectiveness of Psychotherapy. A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers*. Oxford University Press, New York, Oxford, 109-121.
- Katschnig H., Ladinsger E., Scherer M., Sonneck G. und Wancata J. (2001). Österreichischer Psychiatriebereich 2001. Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie in Wien.  
<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/berichte.htm?channel=CH0093>
- Käutner K. (1985). Gesamtwirtschaftliche Kosteneffekte der Zulassung von Diplom-Psychologen zur selbständigen Abrechnung mit Krankenkassen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse auf der Basis bundesrepublikanischen Datenmaterials. Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes Deutscher Psychologen. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R., Rush A.J., Walters E.E., Wang P.S. and National Comorbidity Survey Replication (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105.
- Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.-U. and Kendler K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kieser U. (2004). Delegierte Psychotherapie. Zusammenfassung der geltenden Rechtsprechung. *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 85(11), 575-577.
- Knapp M. and Healey A. (1999). Psychotherapy: Individual Differences in Costs and Outcomes, in: Miller Nancy E. and Kathryn M. Magruder (Eds.) (1999): *Cost-Effectiveness of Psychotherapy. A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers*. Oxford University Press, New York, Oxford, 122-133.
- Kraft S., Puschner B. und Kordy H. (2004). Inanspruchnahme medizinischer Gesundheitsleistungen vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie, in: Vogel Heiner und Jürgen Wasem (Hrsg.) (2004): *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung*. Schattauer, Stuttgart, New York, 109-118.
- Lambert M., Hansen N.B. und Finch A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159-172.

- Lambert M.J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Fifth Edition. New York: Wiley.
- Leu R.E. (1993). Gesundheitsreform am Scheideweg. Zukunftsperspektiven des schweizerischen Gesundheitswesens, *Volkswirtschaft*, 5/93, 19-26.
- Lieb R., Isensee B., Höfler M., Pfister H. and Wittchen H.-U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 365-374.
- Löcherbach P., Henrich T., Kemmer H., Kinstler H.-J., Knopp-Vater M., Rieckmann N., Schneider A. und Weber I. (2000). Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 125, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden.
- Lueger R.J., Howard K.I., Martinovich Z., Lutz W., Anderson E.E., and Grissom G. (2001). Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 150-158.
- Lutz W. (2003). Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Magee W.J., Eaton W.W., Wittchen H.-U., McGonagle K.A. and Kessler R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 159-168.
- Margraf J. et al. (2005, in Vorbereitung). Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine aktuelle Literaturübersicht. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Hans Huber Verlag, Bern.
- Margraf J. und Schneider S. (2002). Risiko Psychotherapie? *Verhaltenstherapie*, 12, 88-89.
- Mattanza G. (2002). Internationale Regelung der Psychotherapie, in: Mattanza Guido, Markus Schweizer, Silvia Ess, Andreas Frei, Heinz Roth und Pedro Koch (2002): Stationen im Prozess der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit*, 3/02, 1-15.
- Meier I. (2004). Änderungen der Finanzierung nicht-ärztlicher Psychotherapie in der Schweiz seit 2000. Beobachtungen, Argumente, Experten-Aussagen, Hypothesen. Arbeitspapier Obsan.
- Mental Health Foundation (2000). *Mental Health in the Workplace. Tackling the Effects of Stress*. London: Mental Health Foundation.
- Merikangas K.R., Mehta R.L., Molnar B.E., Walters E.E., Swendsen J.D., Aguilar-Gaziola S., Bijl R., Borges G., Caraveo-Anduaga J.J., Dewit D.J., Kolody B., Vega W.A., Wittchen H.-U., and Kessler R.C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23(6), 893-907.
- Meyer A.E., Richter R., Grawe K., Graf von der Schulenburg J.-M. und Schulte B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- Meyer P.C. und Hell D. (2004). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie, in: Kocher Gerhard und Willy Oggier (Hrsg.) (2004). *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*. Verlag Hans Huber, Bern, 243-253.
- Michael T. and Margraf J. (2004). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 3, 2-7.
- Miller N.E. and Magruder K.M. (eds.) (1999). *Cost-Effectiveness of Psychotherapy. A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers*. Oxford University Press, New York, Oxford.
- Mücke K. (2000). Psychotherapie unter elenden und unwürdigen Bedingungen, *Report Psychologie*, 25, 9/2000, 584-593.
- Murray C.J.L. and Lopez A.D. (Eds.) (1996). *The global burden of disease*. Cambridge: Harvard University Press on behalf of the World Bank & WHO.
- Neumer S. und Margraf J. (2000). Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analyse, in: Margraf Jürgen (Hrsg.) (2000): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. Band 1. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer Verlag, 707-715.

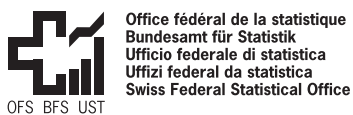
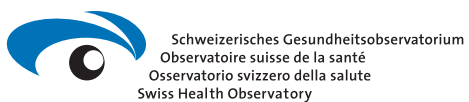
## Literatur

- Orlinsky D.E., Grawe K. und Parks B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy – Noch einmal, in: Allen E. Bergin und Sol L. Garfield (Eds.) (1994): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4. Edition. New York: Wiley.
- President's New Freedom Commission on Mental Health (2003). Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report. DHHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Puschner B. (2002). Zugang zu ambulanter Psychotherapie und Konsequenzen für den Behandlungserfolg. Dissertation an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Robins L.N. and D.A. Regier (Eds.) (1991). Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: Free Press.
- Rosenbaum J.F. and Hylan T.R. (1999). Costs of depressive disorders: a review. In Maj, M. and Sartorius, N. (Eds.), Depressive Disorders (pp. 401-480). Chichester: Wiley & Sons.
- Roth A. und Fonagy P. (1996). What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford.
- Rüesch P. und Manzoni P. (2003). Psychische Gesundheit in der Schweiz, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (obsan.versand@gewa.ch).
- Rüesch P., Meyer P.C. und Hell D. (2000). Wer wird psychiatrisch rehospitalisiert? Psychiatrische Hospitalisationsraten und soziale Indikatoren im Kanton Zürich (Schweiz). Gesundheitswesen, 62, 166-171.
- Schaffenberg E., Danzer D. und Schnabel E. (2004). Psychotherapie auf Krankenschein. Beschreibung und Evaluierung der bisherigen Umsetzung. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. <http://www.oebig.at>
- Schaffenberg E., Ganz W. und Willinger M. (2003). Psychotherapeuten, Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Entwicklungsstatistik 1991-2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. <http://www.oebig.at>
- Schaffenberg E., Ganz W., Frank W. und Rosian I. (1997). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. <http://www.oebig.at>
- Schmidt J. (2004). Möglichkeiten und Grenzen von Kosten-Ergebnis-Analysen im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie, in: Vogel Heiner und Jürgen Wasem (Hrsg.) (2004): Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. Schattauer, Stuttgart, New York, 32-42.
- Schneider S. (2005). Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26, 305-316.
- Schneider S. und Döpfner M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. Kindheit und Entwicklung, 13(2), 80-96.
- Schöffski O. und von der Schulenburg J.M.G. (2000). Gesundheitsökonomische Evaluationen. Springer Verlag. 2. Auflage.
- Schulz H., Barghaan D., Harfst T. und Koch U. (2004). Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Psychotherapeutische Versorgung. Arbeitsgruppe «Psychotherapie- und Versorgungsforschung», Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Schweizer M. (2002). Status Quo im Psychotherapiebereich der Schweiz. Resultat der Erhebung «Basisdokumentation» der Schweizer Charta für Psychotherapie, in: Mattanza Guido, Markus Schweizer, Silvia Ess, Andreas Frei, Heinz Roth und Pedro Koch (2002): Stationen im Prozess der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, 3/02, 17-41.
- Sell S. (2004). Das Vergütungssystem für niedergelassene Psychotherapeuten als „bottleneck“ der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in: Vogel Heiner und Jürgen Wasem (Hrsg.) (2004): Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Gesundheitsökonomische Untersuchungen in

- der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. Schattauer, Stuttgart, New York, 261-282.
- Shadish W.R., Matt G.E., Navarro A.M., and Phillips G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512-529.
- Shadish W.R., Matt G.E., Navarro A.M., and Siegle G. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3). 355-365.
- Sommer J.H. (1999). *Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt*. Lenzhalde: F.K. Schattauer.
- Spycher S. (2004). Die Reform des Risikoausgleichs als Vorbedingung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs?, *Schweizerische Ärztezeitung*, Vol. 85, Nr. 31, 1630-1635.
- Spycher S. (2005). Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung. [http://www.buerobass.ch/studienverz\\_d.html#Gesundundgepflegt](http://www.buerobass.ch/studienverz_d.html#Gesundundgepflegt)
- Spycher S. und Margraf J. (2004). Entwicklung von Szenarien der Zulassung psychologischer Psychotherapeut/innen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und des Bundesamtes für Gesundheit.
- Spycher S., Margraf J. und Meyer P.C. (2004). Beurteilung zweier Studien zu den Kosten der Psychotherapie in der Schweiz. Kurzgutachten im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und des Bundesamtes für Gesundheit. [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)
- Steinhausen H.-C., Metzke C.W., Meier M., and Kannenberg R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 262-271.
- Stiglitz J.E. und Schönfelder B. (1989). *Finanzwissenschaft*. München/Wien: R. Oldenburg.
- Sturny I. (2004). 5-Jahres-Vergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Forschungsprotokoll des Obsan Nr. 1. Neuchâtel: Obsan.
- Sturny I., Cerboni S., Christen S. und Meyer P.C. (2004). Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz. Arbeitsdokument des Obsan, Neuchâtel, August 2004.
- TARMED (2001). Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED, vom 28. August 2001.
- TARMED (2004). Konzept Dignität TARMED. Version 9.0.
- UK Department of Health (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline*. London: Department of Health Publications.
- Verhulst F.C., van der Ende J., Ferdinand R.F. and Kasius M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 329-336.
- Vogel H. und J. Wasem (Hrsg.) (2004). *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung*. Schattauer, Stuttgart, New York.
- Wächter M. (2004). Für eine solidarische Gesundheitspolitik. Der Reformprozess des schweizerischen Gesundheitswesens aus sozialpolitischer Sicht.
- Wampold B.E., Mondin G.W., Moody M., Stich F., Benson K., and Ahn H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, „all must have prizes“. *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.
- Weiss B., Catron T., and Harris V. (2000). A 2-Year Follow-Up of the Effectiveness of Traditional Child Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1094-1101.
- Weiss B., Catron T., Harris V. and Phung T.M. (1999). The Effectiveness of Traditional Child Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 82-94.
- Weisz J.R., Weiss B., Alicke M.D., and Klotz M.L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55(4), 542-549.
- Weisz J.R., Weiss B., Han S.S., Granger D.A., and Morton T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117(3), 450-468.

## Literatur

- WHO Weltgesundheitsorganisation (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F).
- WHO Weltgesundheitsorganisation (2001). The World Health Report 2001: Mental Health - new understanding, new hope. Geneva: WHO.
- WHO World Mental Health Survey Consortium (Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P., et al.) (2004): Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization. World Mental Health Surveys. JAMA, 291(21), 2581-2590.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000a). Gutachten zur Systemischen Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. Deutsches Ärzteblatt 97(1-2), A-60-61.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000b). Gutachten zur Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. Deutsches Ärzteblatt 97(1-2), A-61- 63.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2001). Stellungnahme zum Gutachten zur Psychodramatherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. Deutsches Ärzteblatt 98, A348-A351.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2002). Gutachten zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie. Ärzteblatt PP (12), 576-568.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2004). Stellungnahme zur Verhaltenstherapie. Deutsches Ärzteblatt 101(6), A367-A368.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2005). Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen. Deutsches Ärzteblatt 102(1-2), A73-75
- Wittchen H.-U., Carter R.M., Pfister H., Montgomery S.A., and Kessler R.C. (2000b). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. International Clinical Psychopharmacology, 15(6), 319-328.
- Wittchen H.-U., Lieb R., Pfister H., and Schuster P. (2000a). The waxing and waning of mental disorders. Evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. Comprehensive Psychiatry, 41, 122-132.
- Wittchen H.-U., Pfister H., Schmidtkunz B., Winter S., Müller N. und Storz S. (1999). Zusatzsurvey "Psychische Störungen": Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen (Schlussbericht BMFBW 01 EH 9701/8). München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, klinische Psychologie und Epidemiologie.
- Zhang M., Rost K.M., and Fortney J.C. (1999). Earnings changes for depressed individuals treated by mental health specialists. American Journal of Psychiatry, 156(1), 108-114.



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik.  
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique.