

Ambulante Psycho- therapie – der Aufwand der Neuregelung



Jörg Herdt

Ab zehn Sitzungen eine Meldung an den Vertrauensarzt, ab 40 Sitzungen ein ausführlicher Bericht und ein Gesuch um eine verlängerte Kostengutsprache – dies ist die neue Regelung für ambulante Psychotherapien. In der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universitären Psychiatrischen Klinik Basel wird bei 85 Prozent der PatientInnen eine Meldung nötig sein, und bei 20 bis 40 Prozent der Bericht mit Gesuch.

Jörg Herdt, Corina M. Hänny und Klaus Bader



Corina M. Hänny

Am 1. Januar 2007 ist die veränderte Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in Kraft getreten, die unter Artikel 3 die Kostenübernahme für Psychotherapie regelt. Die Verordnung zielt darauf ab, durch die Neuregelung der Vergütung Mittel einzusparen. Konkret müssen nach dem 1. Januar 2007 begonnene Psychotherapien, die voraussichtlich mehr als zehn Sitzungen beanspruchen werden, der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt gemeldet werden. Diese oder dieser prüft den Fall und gibt eine Empfehlung ab. Der Versicherer entscheidet, ob und für wie viele Sitzungen die Kosten übernommen werden, wobei höchstens 30 weitere Sitzungen bewilligt werden. Ist notwendig, die Therapie darüber hinaus fortzusetzen, wird ein ausführlicher Bericht mit Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache fällig.

Bereits im Vorfeld der Änderungen wurde massiv Kritik geäussert, zum Beispiel, dass der erhöhte administrative Aufwand eine Kostensenkung infrage stellt und den Zu-

gang zu fachgerechter Psychotherapie erschwert [1]. Ob und wie sich die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen verändern wird, wird sich erst im Lauf der Zeit zeigen. Im Folgenden haben wir versucht, schon heute anhand von Daten aus der Verhaltenstherapie-Ambulanz (VTA) der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel aufzuzeigen, mit wie vielen Anträgen und Berichten aufgrund der neuen Regelung zu rechnen ist. Ausserdem gehen wir der Frage nach, ob der gesetzliche Rahmen der «durchschnittlichen» Psychotherapiepatienten gerecht wird.

Typische PsychotherapiepatientInnen der Verhaltenstherapie-Ambulanz

Um bereits heute Aussagen darüber machen zu können, wie viele PsychotherapiepatientInnen (und deren TherapeutInnen) von der Antrags- beziehungsweise Berichtspflicht betroffen sein werden, werden Daten zu Psychotherapien herangezogen, die in der VTA durchgeführt wurden. Die folgenden Darstellungen basieren auf der Auswertung der Daten von 155 Patientinnen und 115 Patienten im Alter zwischen 17 und 78 Jahren, die zwischen November 2000 und Dezember 2006 an der VTA Basel eine ambulante Verhaltenstherapie abgeschlossen haben. Therapievergleichsstudien zeigen, dass die Behandlungsdauer bei diesem Therapieansatz in der Regel kürzer ist als bei anderen Therapieformen, wie zum Beispiel bei der Langzeit-Psychoanalyse [2]. Aussagen zur Therapiedauer sind somit eher als untere Grenze anstatt als allgemein gültige Angabe zu interpretieren.



Klaus Bader

Die VTA in Basel wurde im Sommer 2000 an den Universitären Psychiatrischen Kliniken eingerichtet. In ihr werden PatientInnen im Rahmen der Grundversorgung verhaltenstherapeutisch behandelt. Das Indikationsspektrum umfasst schwerpunktmässig Angst- und Zwangsstörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen, Essstörungen (v.a. Bulimie und Binge Eating Disorder), Adipositas und Trichotillomanie (zwanhaftes Haareausreissen).

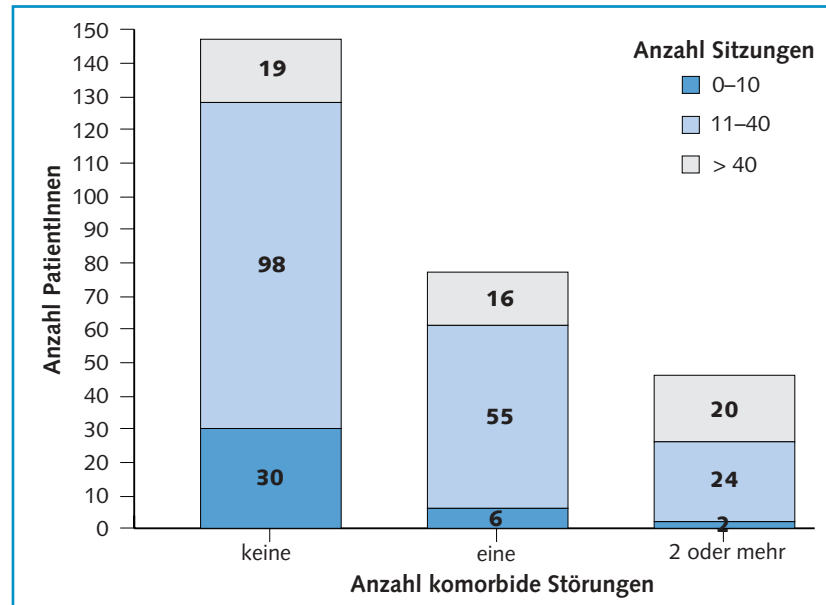
Wie die *Tabelle* zeigt, haben fast die Hälfte aller PatientInnen neben der Hauptdiagnose einer psychischen Störung noch weitere psychische Störungen, was hier mit dem Begriff «Komorbidität» beschrieben wird. Die durchschnittliche Krankheitsdauer vor der Behandlung liegt bei über zehn Jahren. Dass fast die Hälfte der PatientInnen eine oder mehrere Begleitstörungen aufweisen, deckt sich mit Ergebnissen internationaler epidemiologischer Studien. Diese zeigen, dass sowohl die Schwere der Erkrankung als auch das Vorliegen von mindestens einer weiteren psychischen Störung mit der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung zusammenhängen [3, 4, 5, 6, 7].

Was nun die Behandlungsdauer bis zum Abschluss einer Therapie angeht, liegt die Mehrzahl der Behandlungen in allen PatientInnengruppen (65% aller abgeschlossenen Therapien) zwischen 11 und 40 Sitzungen, wobei die Komorbidität ganz offensichtlich eine besondere Rolle spielt. Wie *Grafik 1* zeigt, weisen 20 der 46 PatientInnen (43,5%) mit zwei oder mehr komorbiden Störungen eine Behandlungsdauer von über 40 Sitzungen auf, während dieser Anteil bei PatientInnen mit keiner (19 von 147 bzw. 12,9%) oder einer weiteren Störung (16 von 77 oder 20,8%) deutlich niedriger liegt.

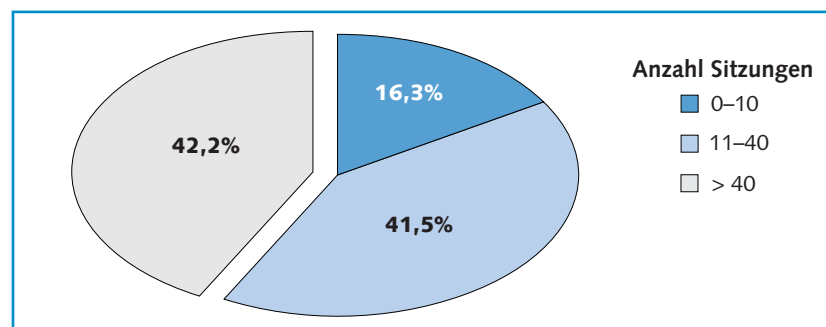
Über alle PatientInnen betrachtet liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer bei zirka 27 Sitzungen beziehungsweise 36 Stunden. Wären diese bereits abgeschlossenen Psychotherapien schon unter die veränderte KLV gefallen, wären bei 85 Prozent aller PatientInnen eine Meldung bei der Vertrauensärztin oder beim Vertrauensarzt (Therapiedauer länger als 10 Sitzungen) und bei zirka 20 Prozent zusätzlich ein ausführlicher Bericht und Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache (Therapiedauer länger als

40 Sitzungen) erforderlich geworden.

Einschränkend ist bei dieser Analyse zu sagen, dass ausschliesslich abgeschlossene Therapien berücksichtigt wurden. Nicht eingeschlossen wurden PatientInnen, deren Therapie nicht regulär beendet wurde. Die Rate



Grafik 1: Behandlungsdauer bei regulären Therapieabschlüssen



Grafik 2: Anzahl Sitzungen der laufenden Therapien (n = 155)

der vorzeitig von PatientIn oder TherapeutIn beendeten Therapien in der VTA liegt im Untersuchungszeitraum bei 22 Prozent, gut die Hälfte davon nach der zehnten Sitzung. Da auch bei diesen Therapien eine Meldung erforderlich wäre, dürfte die Anzahl der Meldungen noch höher liegen als oben dargestellt.

Ebenso unberücksichtigt blieben laufende Therapien, bei denen die Dauer noch nicht definitiv feststeht. In dieser PatientInnengruppe sind die noch laufenden Langzeittherapien enthalten, die bei der Betrachtung abgeschlossener Therapien nicht erfasst, für die Melderegulung aber relevant sind. Betrachtet man diese PatientInnengruppe

Tabelle:
**Komorbide Störungen bei
Verhaltenstherapie-PatientInnen**

| Komorbide Störungen | Anzahl PatientInnen |
|---------------------|---------------------|
| keine | 147 (54,4%) |
| eine | 77 (28,5%) |
| 2 oder mehr | 46 (17,0%) |
| Gesamt | 270 (100%) |

(Stichtag: laufende Therapie am 31.12.2006), so zeigt sich das Bild (*Grafik 2*), dass bei knapp 85 Prozent aller PatientInnen eine Meldung erforderlich, und bei über 42 Prozent auch der Bericht und das Gesuch notwendig geworden wäre.

Fazit

Ausgehend von den Daten der Verhaltenstherapien der VTA der UPK Basel ist davon auszugehen, dass durch die veränderte KLV bei zirka 85 Prozent aller PatientInnen eine Meldung bei der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt (Therapiedauer länger als 10 Sitzungen) notwendig werden wird. Bei einem erheblichen Teil der PatientInnen (20–40%) wird darüber hinaus ein ausführlicher Bericht und ein Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache über 40 Sitzungen hinaus erforderlich sein.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von unter 40 Sitzungen die neue Regelung für einen ausführlichen Bericht und Verlängerungsgesuch zunächst angemessen erscheint. Allerdings liegt bei einem wesentlichen Teil der Therapien der Behandlungsaufwand deutlich darüber. Diese Therapien sind keine Ausnahmen, sondern spiegeln den Behandlungsbedarf bei der «durchschnittlichen Klientel» der Ambulanz mit häufig komorbiden Störungen und Erkrankungen von langer Dauer. Die KLV regelt für diese Fälle lediglich das administrative Vorgehen. Ihre Anwendung und insbesondere die Bewilligungsquote der einzureichenden Gesuche werden zeigen, ob man den Betroffenen gerecht wird oder nicht.

Eine Aussage über eine angemessene Therapiedauer kann nicht pauschal, sondern im-

mer nur einzelfallbezogen gemacht werden. Die VertrauensärztInnen sind dafür verantwortlich, nach Bedarf der PatientInnen gewissenhaft zu entscheiden.

AutorInnen:

Dr. phil. Jörg Herdt

Psychologischer Dienst
Versorgungsforschung/Qualitätssicherung
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel
joerg.herdt@upkbs.ch

lic. phil. Corina M. Hänny

Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Verhaltenstherapie-Ambulanz
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel
corina.haenny@upkbs.ch

Dr. phil. Klaus Bader

Leiter Psychologischer Dienst und
Verhaltenstherapie-Ambulanz
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel
klaus.bader@upkbs.ch

Literatur

1. Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) (2006). Neue Psychotherapievergütung. Krankenkassen und Vertrauensärzte profitieren, Patienten bleiben auf der Strecke. Pressemitteilung vom 5. Juli 2006. Bern: FSP. Verfügbar unter http://www.zuepp.ch/AKTUELL/PM_FSP_re-KLV_20060705.pdf [Zugriff am 6.2.2007].
2. Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (2001). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
3. Andrews, G., Henderson, S., Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*, 178, 145–153.
4. Bijl, R. V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., Ustun, T. B., Vicente, B., Vollebergh, W. A., Walters, E. E. & Wittchen, H. U. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)*, 22 (3), 122–133.
5. Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Müller, N., Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med.*, 34(4), 597–611.
6. Wittchen, H.U., Jacobi (2005). Size and Burden of Mental Disorders In Europe – A Critical Review and Appraisal of 27 Studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15, 357–376.
7. Wittchen, H. U., Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (Suppl. 417), 4–18.