

Fallkosten in der Psychotherapie

Bemerkungen zu zwei markanten Gerichtsentscheiden

Robert Gmür, Rechtsdienst FMH

Genehmigung durch Vertrauensarzt: Wirtschaftlichkeit inklusive

Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat die Überarztung verneint in einem Fall, da ein Psychiater zwar 329 Indexpunkte aufweist, die Behandlungen aber grösstenteils einzelfallweise durch die Krankenkasse (bzw. deren Vertrauensärzte) genehmigt worden sind. Diese Genehmigungen stellen nicht bloss Kostengutsprachen dar, sondern sie beinhalten auch die Bestätigung der Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Behandlung.

Der Psychiater hatte seine hohen Fallkosten damit begründet, dass er weder «gewöhnliche» Neurotiker noch endogen psychotische Patienten, welche ausschliesslich oder überwiegend medikamentös behandelt werden können, therapiere. Vielmehr setze sich sein Patientengut überwiegend aus Menschen mit schweren Neurosen, strukturellen Störungen infolge Entwicklungsdefiziten oder Borderline-Störungen zusammen, welche mit differenziert einzusetzenden verbalen Methoden auf der Basis eines prinzipiell psychoanalytischen Therapieansatzes behandelt werden müssten. Diese Behandlungen seien naturgemäss wesentlich zeitintensiver als solche mit nichtanalytischen Ansätzen. Im weiteren machte er geltend, die Behandlungen seien grösstenteils von den Vertrauensärzten der Krankenversicherer genehmigt worden; die Versicherer haben dies zwar bestritten, konnten das Gegenteil aber nicht belegen.

Das zweite Argument hatte bereits das kantonale Schiedsgericht und dann auch das EVG überzeugt. Davon ausgehend, dass in der Tat die grosse Mehrzahl der Behandlungen von den Vertrauensärzten bewilligt worden war, kam es zu folgendem Schluss (im Originalton): «[...] es ist nach den Gesetzen der Logik ausgeschlossen und zudem mit dem Grundsatz von Treu und Glauben nicht vereinbar, die gleichen Behandlungen, welche im Rahmen von Art. 2 Abs. 3 VO 8 [heute: Art. 3 Abs. 3 KLV] von den Krankenversicherern als wirtschaftlich anerkannt wurden, nachträglich als unwirtschaftlich zu qualifizieren. Aber auch eine auf die statistische Methode gestützte Rückforderung ist ausgeschlossen; wenn jede

einzelne Behandlung für sich wirtschaftlich ist, kann auch die Gesamtheit dieser Behandlung nicht unwirtschaftlich sein. Diesbezüglich anders zu entscheiden würde bedeuten, dass einem Arzt untersagt wird, überdurchschnittlich viele Patientinnen und Patienten zu behandeln, welche einer überdurchschnittlich aufwändigen Therapie bedürfen». [1].

santésuisse-Statistik vor Gericht harsch kritisiert

Aufhorchen lässt sodann ein neulich ergangener Entscheid des Versicherungsgerichtes St. Gallen (Schiedsgericht KVG), das sich die Mühe genommen hat, die Aussagekraft der santésuisse-Statistik kritisch zu hinterfragen. Im konkreten Fall ging es um einen Kinder- und Jugendpsychiater, der von den Krankenkassen wegen eines Indexwertes von 165 belangt wurde.

Zusammenfassend hat der betroffene Kinderpsychiater seine höheren Fallkosten damit begründet, dass er nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch Erwachsene betreue. Deshalb dürfe er nicht ausschliesslich der Referenzgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zugeordnet werden, weil diese Facharztgruppe niedrigere Indexwerte aufweise als die Facharztgruppe Psychiatrie und Psychotherapie. Anwendbar sei ein Mischindex, der von Amtes wegen zu ermitteln sei. Seine überdurchschnittliche Behandlungsdauer führte er darauf zurück, dass bei ihm der Anteil an Psychotherapien höher sei als bei andern Exponenten seiner Fachgruppe, dies darum, weil ihm Patienten von andern Ärzten (Hausärzten, Schulpsychologen und andern Fachärzten) zur Therapie zugewiesen würden. Zudem warf der Psychiater verschiedene Fragen zur Zusammensetzung der Vergleichsreferenzgruppen auf: Es bestehe Grund zur Annahme, dass Kostenstrukturen von Fachärzten miteinander verglichen würden, welche nach Ausbildung, Patientengut, Behandlungsmethode und geographischem Standort gar nicht vergleichbar seien. So werde beispielsweise in derselben Vergleichsgruppe ein Arzt geführt, der zwar Kinderpsychiater sei, aber praktisch aus-

1 Urteil vom 23. April 1999; RKUV 1999, Heft 4, K 949, S. 320. Interessierte finden den ausführlichen Urteilstext auf der Website des BSV: www.bsv.admin.ch → Publikationen → RKUV.

schliesslich homöopathisch arbeite und naturgemäss die Durchschnittskosten zu Lasten der andern Fachärzte mit verhältnismässig wenigen und langwierigen Fällen markant senke. Ferner gehörten zur Referenzgruppe auch Ärzte aus ländlichen Gegenden, die ebenfalls zahllose einfachere Fälle zu behandeln hätten, welche in städtischen Verhältnissen von Auffangstellen wie den schulpsychologischen Diensten, der Mütterberatung oder Opferhilfe usw. absorbiert würden. Im übrigen erfasse die Behandlungsfallstatistik aus unerfindlichen Gründen nicht alle kinderpsychiatrischen Praxen im Kanton St. Gallen.

Die Krankenkassen legten daraufhin eine bereinigte Referenzgruppe vor. Und siehe da: Allein die «Eliminierung» des homöopathisch tätigen Psychiaters führte zu einer Senkung des Indexwertes des betroffenen Beklagten auf 126 Punkte. Damit nicht genug:

Das St. Galler Schiedsgericht hat dem Arzt in der Folge auf der ganzen Linie recht gegeben. Die bemerkenswerten Überlegungen im Originalton: «Bei der Durchsicht der modifizierten Tabelle für die Referenzgruppe 2 fällt auf, dass innerhalb der erfassten Ärzte sowohl bezüglich der Anzahl Konsultationen als auch der Anzahl der Erkrankten sehr grosse Unterschiede bestehen, und sich daraus Differenzen bei den Indexwerten zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert von beinahe 100 Punkten ergeben. Damit stellt sich ernsthaft die Frage der Aussagekraft bzw. Relevanz des vorhandenen statistischen Zahlenmaterials. In diesem Zusammenhang fällt zusätzlich auf, dass zwischen den in der Stadt St. Gallen und den im übrigen Kantonsgebiet praktizierenden Ärzten massive Unterschiede bestehen. So weisen alle fünf in der Stadt St. Gallen praktizierenden Ärzte sowohl bei den Konsultationen der Erkrankten als auch bei den Arztkosten der Erkrankten die Indexwerte zwischen 107 und 153 bzw. 107 und 143 auf, während bei den ausserhalb der Stadt tätigen Ärzten lediglich 3 von 9 in einem oder beiden Werten auf einen Indexwert über 100 kommen. Dabei sind diese drei Ärzte ihrerseits wiederum in eher städtischen Verhältnissen tätig. Dies lässt den Schluss zu, dass in städtischen Verhältnissen markant andere Behandlungsbedürfnisse bestehen als in ländlichen Gebieten und dies sich schliesslich auch kostenmässig auswirkt. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass demgegenüber auch bei den Prämien bei den meisten Versicherern ein deutlicher Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Gebieten gemacht wird, was als klares Indiz dafür zu werten ist, dass in städtischen und ländlichen Regionen grundsätz-

lich auch mit unterschiedlich hohen Behandlungskosten zu rechnen ist.»

«Wird unter diesem Aspekt der Vergleich lediglich unter den fünf in der Stadt St. Gallen praktizierenden Ärzten der Referenzgruppe durchgeführt, beträgt der Arztkostenindex des Beklagten noch 102 Punkte. Werden zusätzlich die drei Ärzte mit Praxistätigkeit in der Stadt Wil berücksichtigt, belaufen sich die entsprechenden Indexwerte auf 112 bzw. 114 Punkte. Unter diesen Umständen lässt sich der Vorwurf der unwirtschaftlichen Praxisführung an den Beklagten nicht aufrecht erhalten.» [2]

Kommentare

Zum ersten Fall

Die ungeliebten Bestimmungen der früheren Verordnung 8 und heutigen KLV haben somit durchaus auch ihre positive Seite, zumindest für diejenigen, die ihre Therapien mehrheitlich (und mühsam) beim Vertrauensarzt haben rechtfertigen und bewilligen lassen müssen.

Zum zweiten Fall

Dazu werden Pessimisten einwenden, die Statistik und das Verfahren seien vom regionalen Kassenverband KST derart unsäglich unprofessionell gehandhabt worden, dass dem Gericht gar kein anderer Entscheid übrigblieb. Und die kleine Vergleichsgruppe und damit die Übersichtlichkeit der Verhältnisse habe die Argumentation vereinfacht. Trotzdem, der Entscheid und die erfreulich klaren Worte des Gerichts zeigen zwei Dinge:

Erstens: Man kann sich wehren, aber man muss sich auch wehren. Auffallend am vorliegenden Fall ist ja vor allem, dass der betroffene Arzt in akribischer und aufwendiger Kleinarbeit seine Position aufgebaut und unbeirrt darauf beharrt hat, und sich in keiner Phase des fast dreijährigen (!) Verfahrens auf einen (mehrfach angebotenen) «Kuhhandel» eingelassen hat. Wenn man weiss, mit welcher Belastung ein derartiges Verfahren verbunden ist, ist das alles andere als eine Selbstverständlichkeit. Von daher ist es zwar verständlich, dass viele den Weg des geringeren Widerstandes gehen und nur schon auf die Androhung von gerichtlichen Verfahren, gegen ihre berufliche Überzeugung, die verschiedenen Möglichkeiten ausschöpfen, um *ihre Fallkosten* (nicht aber die Behandlungskosten) zu senken. Das geht vom «Abschieben» der schwierigen Fälle in die Institutionen, mehr oder weniger weitgehender Ersatz der Psychotherapie durch andere Behandlungsformen (Medikamente),

2 Urteil vom 30. Mai 2002. Interessierte können den vollständigen Urteilstext beim Rechtsdienst FMH bestellen.

über Abstriche bei der Qualität der Behandlung durch Senken der Therapiefrequenz bis hin zu den verschiedenen, von nüchtern kalkulierenden Beratern propagierten «Mätzchen» zur Beeinflussung der Fallkostenstatistik. Nun scheint aber doch das Bewusstsein zu dämmern, was man sich mit dieser unseligen Abwärtsspirale eingebrockt hat.

Zweitens: Natürlich ist in der Psychiatrie, und innerhalb der Psychiatrie noch einmal in der Psychotherapie, die Spannweite der Therapieansätze enorm, und entsprechend gross sind die Unterschiede der Patientenstruktur und somit auch der Fallkosten. Entsprechend schwierig ist es auch, diese Spannweite in einer (Kosten-)Statistik zu erfassen. Angesichts dieser Schwierigkeit die Faust im Sack zu machen, hilft allerdings auch nicht weiter; die Kassen werden von sich aus nämlich kaum auf die statistische Kostenkontrolle verzichten. Die beiden Gerichtsentseide zeigen aber, dass die santésuisse-Statistik nicht (mehr) sakrosankt ist.

So ist unseres Wissens bislang in keinem Rückerstattungsverfahren ernsthaft versucht worden, die Gerichte nicht nur durch Behauptungen, sondern durch die Vorlage von wissenschaftlich erhobenen Zahlen und Untersuchungen in der Schweiz, aber auch aus dem Ausland von der Vielfalt der Psychotherapie und damit der sehr bedingten Vergleichbarkeit der Therapeuten zu überzeugen. Den Versuch wäre es wert. Das wäre dann auch ein erster Schritt zur dringend notwendigen Überlegung, wie sich die Fachgruppe selbst mittel- bis langfristig die Kostenkontrolle in der Psychiatrie/Psychotherapie vorstellt. Daran führt kein Weg vorbei, wenn man den heutigen Zuständen abhelfen will.

Und schliesslich: Krankenkassen mit problematischer Risikostruktur verlangen zu Recht einen besseren Risikoausgleich. Internationale Untersuchungen zeigen, dass auch Ärzte höchst unterschiedliche Risikostrukturen bei ihren Patienten haben (vgl. statt vieler [3]). Wie wäre es, wenn die Krankenkassen ihre Positionen gelegentlich auf ihre Konsistenz überprüften?

3 Kongstvedt PR. Essentials of Managed Health Care. 4th edition. Boston: Jones & Bartlett; 2003. p. 399-402.

Coûts par cas en psychothérapie

Remarques concernant deux jugements significatifs

Robert Gmür, Service juridique de la FMH

L'approbation du médecin-conseil inclut le caractère économique des prestations

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a nié la sur-médicalisation (polypragmasie) dans un cas mis en cause par la caisse-maladie en raison d'un indice de 329 points. Elle avait pourtant au préalable, et plus précisément son médecin-conseil, approuvé un à un les divers traitements s'y rapportant. Or, ces approbations ne sont pas de simples garanties de paiement mais elles contiennent aussi la confirmation du caractère économique de chaque traitement en particulier.

Le psychiatre avait justifié son indice élevé par le fait que les patients dont il s'occupait n'étaient pas atteints de névroses «habituelles» ou de psychoses endogènes, curables exclusivement ou principalement par des médicaments,

mais avant tout de névroses graves, de troubles structurels consécutifs à des lacunes du développement ou de troubles «borderline» ne pouvant être soignés qu'avec des méthodes verbales, en fonction de chaque cas particulier, sur la base d'une démarche thérapeutique principalement psychanalytique. De par leur nature, ces traitements prennent beaucoup plus de temps que des thérapies non analytiques. De surcroît, le psychiatre faisait valoir que la plupart des traitements prodigués avaient été approuvés par les médecins-conseils des assurances-maladie. Les assureurs le contestèrent mais furent dans l'impossibilité de prouver le contraire.

Ce deuxième argument a également convaincu le TFA après le tribunal arbitral cantonal. Partant du principe que les médecins-conseils avaient approuvé la plus grande partie

des traitements, le TFA est parvenu à la conclusion suivante (trad.): «D'après les lois de la logique, il est exclu et de surcroît incompatible avec le principe de la bonne foi de qualifier après coup de non économiques des traitements qui ont été reconnus comme économiques dans le cadre de l'art. 2, 3^e al. Ord. 8 [aujourd'hui: art. 3, 3^e al. OPAS]. Une demande en restitution basée sur la méthode statistique est également exclue; si chaque traitement en particulier est économique en lui-même, l'ensemble de ces traitements ne peut pas ne pas être économique. Le penser signifierait qu'il est interdit à un médecin de traiter un nombre supérieur à la moyenne de patients nécessitant une thérapie de plus longue durée.» [1].

Vives critiques du tribunal à l'encontre de la statistique de santésuisse

Penchons-nous maintenant sur un arrêt récent du tribunal des assurances du canton de St-Gall (tribunal arbitral LAMal), qui s'est donné la peine d'examiner en détail et de manière approfondie la pertinence de la statistique de santésuisse. Dans le cas concret, il s'agissait d'un psychiatre pour enfants et adolescents poursuivi en justice par la caisse-maladie à cause d'un indice de 165 points. En résumé, ce psychiatre justifiait ses coûts élevés par le fait qu'il ne s'occupait pas seulement d'enfants et d'adolescents mais aussi d'adultes. De ce fait, il estimait qu'il ne pouvait pas être attribué exclusivement au groupe de référence Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents parce que ce groupe de spécialistes présente un indice inférieur à celui du groupe de spécialistes Psychiatrie et psychothérapie. Il était d'avis qu'il devait disposer d'un indice mixte à fixer d'office. Il expliquait la durée élevée de ses traitements par le fait que la psychothérapie occupait chez lui une place plus importante que chez les autres spécialistes de son groupe, parce que les patients lui étaient envoyés par d'autres médecins (médecin de famille, psychologues scolaires et autres spécialistes) pour une thérapie spécifique. De surcroît, ce psychiatre soulevait plusieurs problèmes posés par le critère «groupes de référence comparables»: à son avis, on était en droit de supposer que santésuisse faisait des comparaisons entre des structures de frais de spécialistes dont la formation, la clientèle, les méthodes thérapeutiques et l'emplacement géographique n'étaient absolument pas comparables. C'est ainsi qu'on trouvait, par exemple, dans le même groupe de comparaison un médecin, certes psychiatre pour enfants, mais

pratiquant surtout l'homéopathie. Ce praticien homéopathe avait une structure des coûts qui abaissait considérablement la moyenne des frais par rapport aux autres spécialistes avec un nombre moins important de patients sur une durée plus longue. De plus, le groupe de référence constitué pour la comparaison comprenait également des médecins de zones rurales soignant un grand nombre de cas plus simples qui, en zones urbaines, seraient pris en charge par les services psychologiques des écoles, les consultations mère-enfant ou l'aide aux victimes, etc. Le psychiatre relevait en outre que, pour des raisons inexplicables, la statistique des cas de traitement n'englobait pas tous les cabinets médicaux de psychiatrie d'enfants du canton de St-Gall.

Les caisses-maladie réagirent à ces critiques en corrigeant le groupe de référence. «L'élimination» du psychiatre homéopathe réduisit, à elle seule, l'indice du plaignant à 126 points. Et ce ne fut pas tout:

Par la suite, le tribunal d'arbitrage de St-Gall donna raison au médecin sur toute la ligne. Les considérants de son arrêt sont remarquables; en voici la teneur (trad.): «Lorsqu'on examine le tableau modifié du groupe de référence 2, on est surpris par les écarts très importants existant aussi bien entre le nombre de consultations qu'entre celui des patients et par les différences qui en résultent pour les indices. Ces derniers oscillent en effet de 100 points entre la valeur la plus basse et la valeur la plus élevée. On peut s'interroger à juste titre sur la pertinence et la portée des chiffres statistiques à disposition. Dans ce contexte, on est également frappé par les différences considérables entre les médecins pratiquant en ville de St-Gall et ceux dans le reste du canton. C'est ainsi que l'ensemble des cinq psychiatres installés en ville de St-Gall présente un indice entre 107 et 153 points pour les consultations de patients et un indice entre 107 et 143 points pour les coûts pharmaceutiques, alors que, parmi les psychiatres exerçant à l'extérieur de la ville, seuls trois sur neuf parviennent à une ou deux valeurs supérieures à 100. Ces trois médecins ont toutefois leur cabinet dans un milieu plutôt suburbain. Ce qui permet de conclure qu'en milieu urbain, les besoins thérapeutiques sont bien différents qu'à la campagne et que cette différence se répercute finalement aussi sur les coûts. Dans ce contexte, il convient de souligner que la plupart des assureurs réagissent à cette situation en faisant une nette différence entre la ville et la campagne dans le montant des primes, preuve s'il en est qu'il donc compter avec des coûts de traitement différents entre les zones urbaines et les zones rurales.»

1 Arrêt du 23 avril 1999; RAMA 1999, cahier 4, K 949, p. 320. Les personnes intéressées trouveront le texte complet sur la page internet de l'OFAS www.bsv.admin.ch
→ Publications → RAMA.

«Si la comparaison est faite uniquement entre les cinq médecins du groupe de référence pratiquant dans la ville de St-Gall, l'indice des coûts médicaux du plaignant s'élève encore à 102 points. Si l'on prend aussi en considération les trois médecins exerçant dans l'agglomération de Wil, les indices passent à respectivement 112 et 114 points. Dans ces circonstances, le reproche fait au plaignant de gérer son cabinet médical de manière non économique ne peut pas être maintenu.» [2].

Commentaires

Le premier cas

Les dispositions honnies de l'ancienne Ordonnance 8 et de l'OPAS actuelle ont donc aussi leur côté positif, du moins pour les praticiens qui ont dû justifier leurs thérapies et les faire approuver (de manière fastidieuse) par le médecin-conseil concerné.

Le deuxième cas

Pour le cas de St-Gall, les pessimistes rétorqueront que la statistique et la procédure avaient été gérées de manière si peu professionnelle par la fédération régionale des caisses-maladies que le tribunal n'aurait pas pu se prononcer autrement. Et que le petit groupe de comparaison et donc la vue d'ensemble facilitée avaient simplifié l'argumentation. Malgré tout, la décision et les considérants très clairs du tribunal montrent deux choses:

La liberté de se défendre est laissée à chacun mais il est primordial d'en faire usage. En l'espèce, ce qui frappe avant tout est que le médecin incriminé a construit sa défense dans le cadre d'un travail minutieux qui lui a pris beaucoup de temps, qu'il est resté ferme sur sa position et qu'à aucun moment de la procédure de presque trois ans (!), il n'est entré en matière sur un arrangement (plusieurs fois proposé) synonyme d'un véritable marchandage. Quand on connaît la charge émotionnelle générée par une telle procédure, on se dit que cela ne va pas de soi. On comprend donc pourquoi la plupart n'opposent pas une plus grande résistance à la menace d'une procédure judiciaire et agissent contre leur conviction professionnelle en épuisant les diffé-

rentes possibilités d'abaisser *leurs coûts par cas* (mais pas les coûts de traitement). Cela va du transfert des cas difficiles aux institutions officielles, du remplacement plus ou moins fréquent de la psychothérapie par d'autres formes thérapeutiques (médication), en passant par la réduction de la qualité via l'abaissement de la fréquence des séances jusqu'aux différentes «combines» calculées par des conseillers pour influencer la statistique des coûts par cas. Mais il semble que l'on commence à se rendre compte des effets néfastes de cette spirale descendante.

Deuxièmement: l'étendue des procédés thérapeutiques est immense en psychiatrie et, à l'intérieur de la psychiatrie, en psychothérapie. Les différences dans la structure des patients et donc aussi dans les coûts par cas sont tout aussi grandes. Il est tout aussi difficile de saisir cette étendue dans une statistique (des coûts). Compte tenu de ces difficultés, il ne sert à rien de faire le poing dans sa poche. D'elles-mêmes, les caisses ne renonceront guère au contrôle statistique des coûts. Les arrêts des tribunaux montrent toutefois que la statistique de santé suisse n'est plus sacro-sainte.

A notre connaissance, on n'a jamais cherché sérieusement jusqu'à présent, dans aucune procédure de rétrocession, à convaincre les tribunaux de la diversité de la psychothérapie et de la comparabilité très conditionnelle des thérapeutes, non seulement par des assertions mais sur la base de chiffres recensés scientifiquement et d'enquêtes menées en Suisse comme à l'étranger. Il vaudrait la peine de le tenter. Ce serait aussi le premier pas vers une réflexion absolument nécessaire sur la manière dont ce groupe de spécialistes envisage lui-même le contrôle des coûts de moyen à long terme en psychiatrie/psychothérapie. Il faut y songer sérieusement si l'on veut remédier à la situation actuelle.

Et pour terminer: les caisses-maladie dotées de structures de risques problématiques réclament à bon droit une meilleure compensation des risques. Les enquêtes internationales montrent que les médecins ont également des structures de risques très différentes parmi leurs patients (cf. entre autres [3]). Et si les caisses-maladie examinaient à l'occasion la consistance de leurs positions?

2 Arrêt du 30 mai 2002: les personnes intéressées peuvent commander le texte complet au Service juridique de la FMH.

3 Kongstvedt PR. *Essentials of Managed Health Care*. 4th edition. Boston: Jones & Bartlett; 2003. p. 399-402.